

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

234

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 mai 1908, à 4 heure

PAR

M. GUILLOIRE

LA

FORME ANGIO-SPASMODIQUE

DE

L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : M. PIERRE MARIE, *Professeur.*
Juges : { MM. BLANCHARD, *Professeur.*
GAUCHER, *Professeur.*
LÉPER, *Agrégé.*

PARIS
ALFRED LECLERC, EDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

234

THÈSE
POUR LE DOCTORAT

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs

M. LANDOUZY.
MM.

Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	A. GAUTIER
Parasitologie. Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	DEJÉRINE
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	QUÉNU
Pharmacologie et matière médicale.....	G. POUCHET
Thérapeutique.....	GILBERT
Hygiène.....	CHANTEMESSE
Médecine légale.....	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLET
Pathologie comparée et expérimentale.....	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	HAYEM
	DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants.....	HUTINEL
Clinique des maladies syphilitiques.....	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	LE DENTU
Clinique chirurgicale.....	BERGER
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.....	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBRÉDANNE
BESANÇON	DESGREZ	LENORMAND	POTOCKI
BRANCA	DUVAL	LOEPER	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LEGREY	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFTEL, chef des
CARNOT	JEANSELME	MARION	travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 mai 1908, à 4 heures

PAR

M. GUILLOIRE

LA

FORME ANGIO-SPASMODIQUE

DE

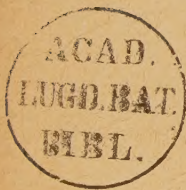
L'ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

Président : M. PIERRE MARIE, *Professeur.*

MM. BLANCHARD, *Professeur.*

Juges : GAUCHER, *Professeur.*

LEPER, *Agrégé.*



PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1908

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE, A MA SOEUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PIERRE MARIE

Médecin de l'Hospice de Bicêtre
Professeur d'Anatomie pathologique à la
Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A la mémoire du Docteur CUFFER (externat 1899)

Monsieur le Professeur BOUCHARD (externat 1900)

Monsieur le Docteur LE NOIR (externat 1900)

Monsieur le Docteur PICQUÉ (externat 1901 et 1902)

Chirurgien à l'Hôpital Lariboisière

Monsieur le Docteur BARBIER (externat 1903)

Médecin à l'Hôpital Hérold

Monsieur le Professeur SEBILEAU

Messieurs les Docteurs BOISSARD, MAUCLAIRE,
CUNEO, NOBECOURT

Auxquels nous sommes reconnaissants de l'enseignement
qu'ils nous ont donné.

Monsieur le Docteur LOËPER

agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,

nous a inspiré l'idée de ce travail ; il nous a donné ses conseils et son temps. Nous sommes heureux de rendre hommage à sa sollicitude et nous lui adressons l'expression de nos sentiments les plus reconnaissants.

I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'entéro-colite muco-membraneuse, bien que connue depuis longtemps, n'est en réalité entrée dans la littérature médicale que depuis une vingtaine d'années. Déjà au xv^e siècle, Fernel avait signalé le cas d'un malade qui avait rendu un vase de peaux; Van Swieten, Morgagni, avaient signalé une maladie, caractérisée également par le rejet de peaux. On avait trouvé à l'autopsie des intestins contenant des fausses membranes, mais jamais, on ne s'était occupé plus spécialement de cette affection dont la présence n'avait été signalée que par quelques observations.

Ce n'est que depuis 20 ans, que l'entéro-colite a fait son apparition parmi les classiques. Mais depuis cette époque, elle a fréquemment attiré l'attention des auteurs et l'on peut dire que de nos jours, elle représente une des affections que le médecin trouve le plus souvent devant lui. L'entéro-colite muco-membraneuse est-elle donc plus fréquente maintenant que jadis? S'il n'en était pas ainsi, comment expliquer qu'elle ait pu exister si longtemps sans attirer plus directement l'attention des cliniciens?

En réalité, l'entérite est plus fréquente de nos jours parce qu'une des causes qui favorisent son apparition se rencontre elle-même plus fréquemment. Nous verrons

que, si les auteurs ne sont pas encore d'accord sur la pathogénie de l'entéro-colite muco-membraneuse, il n'en est plus de même au point de vue du terrain sur lequel elle évolue et tous, reconnaissent que l'arthritisme joue un très grand rôle dans les conditions qui favorisent son apparition. Or, il n'est plus douteux pour personne que, de nos jours, l'arthritisme ait fait des progrès constants. Si l'on considère que l'arthritisme et l'entérite-muco-membraneuse marchent de pair et que tout individu atteint d'entéro-colite est un arthritique, il ne faut plus s'étonner de trouver l'entéro-colite en tête de la liste des maladies actuellement les plus répandues.

Mais l'arthritisme ne peut cependant être considéré que comme une cause favorisante. A lui seul, il ne peut suffire à expliquer toute la pathogénie. Lié, la plupart du temps au terrain névropathique, il ne constituera que le sol sur lequel devront évoluer les autres causes, causes déterminantes qui seront directement responsables de l'étiologie de l'entéro-colite. Mais, c'est alors que les auteurs se divisent et l'on n'a pu encore, jusqu'à ce jour, édifier, au sujet de ces causes efficientes, une seule théorie pathogénique sur laquelle l'accord se soit établi et qui ait satisfait tous les esprits.

La seule diversité des noms que porta l'entérite muco-membraneuse dit bien les hésitations à ce sujet.

Diarrhée glutineuse de Van Swieten, colique muqueuse de Nothnagel, entérite glaireuse de Nonat, entéro-typhlo-colite muco-membraneuse de Dieulafoy, colite sèche de Potain, colo-mucorrhée de Soupault, colopathie muco-membraneuse de Legendre, entéro-névrose de Lyon,

dyspepsie colique de Enriquez ; toutes ces étiquettes différentes que prend l'Entérite muco-membraneuse montrent bien que l'affection n'a pas encore laissé deviner sa pathogénie.

D'ailleurs, il est probable que de nombreuses causes déterminent l'apparition de la maladie. Il n'y a pas une entéro-colite mais des entéro-colites. Il n'y a pas une mucorrhée mais des mucorrhées et si quelques-unes sont symptomatiques, il en existe d'autres que l'on nomme idiopathiques, en attendant qu'on ait trouvé leur véritable étiologie.

L'entérite, d'ailleurs, n'existe pas toujours seule. On la trouve parfois liée secondairement à d'autres affections. C'est ainsi qu'on l'a observée à la suite d'entérites aiguës, dans la dysenterie, dans la fièvre typhoïde, dans la diarrhée de Cochinchine, à la suite d'entérites tuberculeuses ou de cancer de l'intestin. On la retrouve également secondaire à des affections banales et vulgaires du tube intestinal telles que polypes du rectum, hémorroïdes, après des intoxications alimentaires, après des intoxications médicamenteuses, après des lavements au tannin, à l'alun, au nitrate d'argent. Enfin on l'a observée alors qu'il existait une affection de voisinage soit de l'estomac soit des voies biliaires. La coexistence avec les végétations adénoïdes des enfants a été établie sinon expliquée.

Les causes sont donc nombreuses mais quand on dépouille les observations, on voit que le terrain neuro-arthritique préside toujours à l'apparition de la maladie. Le nervosisme explique pourquoi les femmes sont

atteintes dans les $\frac{4}{5}$ des cas, et l'arthritisme nous montre la raison pour laquelle l'entéro-colite muco-membraneuse est la maladie des citadins.

On l'observe plus rarement à la campagne et l'ouvrier est moins souvent atteint que le sujet appartenant à la classe aisée. L'entéro-colite est une maladie qu'on ne voit pas à l'hôpital et cela parce qu'elle prédomine chez les gens qui ont une alimentation exagérée en disproportion avec le peu d'exercice qu'ils font. Or, n'est-ce pas là, une des causes prépondérantes de l'arthritisme ? Aussi, quand le nervosisme fait son apparition ou est mis en relief soit par le sexe, soit par la profession du sujet, profession le plus souvent libérale faite d'émotions, de préoccupations cérébrales, on se trouve alors en présence d'un terrain neuro-arthritique tout disposé, tout prêt à accueillir l'éclosion de la maladie.

Bien des explications ont été données, pour éclairer la pathogénie. Mais, si la constipation existe toujours avec les douleurs et le rejet des fausses membranes, elle n'est qu'un symptôme et bien des gens sont simplement constipés qui ne sont pas atteints d'entéro-colite muco-membraneuse. Il se peut qu'il y ait hyperacidité gastrique et que l'intestin réagissant devant cette dernière, fabrique des fausses membranes. Mais combien de fois l'entérite existe-t-elle avec un chimisme normal ou même avec de l'hypo-acidité ? L'expérience a démontré que, chez le lapin, l'intestin pouvait sécréter de fausses membranes lorsqu'on excitait la muqueuse d'un organe voisin comme l'on fait Soupault et Jouaust, ou bien lorsqu'on tiraillait les nerfs des plexus mésentériques. Mais combien de fois

existe-t-il des lésions de voisinage ou bien de l'entérop-tose sans que ces éléments aient favorisé l'apparition de l'entéro-colite ? La présence des corps étrangers aussi bien que les excitations du pneumogastrique s'accompagnent également de réactions intestinales chez le lapin mais elles ne font que prouver que toutes ces théories renferment une part de vérité. Toutes, les unes aussi bien que les autres, elles peuvent obliger l'intestin à fabriquer des fausses membranes sans qu'aucune d'elles, puisse revendiquer une part plus grande dans la pathogénie. Et il en est ainsi parce que l'entéro-colite muco-membraneuse n'est pas une maladie mais un syndrome. La fausse membrane est un moyen de défense de l'intestin contre des causes multiples et, c'est pourquoi nous répétons qu'il n'y a non pas une, mais des entéro-colites.

Pour que cette réaction intestinale s'établisse, il est nécessaire que le terrain soit particulier, et il est certain que le terrain neuro-arthritique est indispensable.

L'arthritique se nourrit principalement de viande. On relève chez lui une production exagérée d'acide oxalique et d'acide urique dans les urines. Mais, si la plus grande partie passe par le rein, il en est également une partie beaucoup moins abondante qui est éliminée par la muqueuse intestinale. Aussi a-t-on trouvé à ce niveau des cristaux d'urate et d'oxalate de chaux. Or, il est intéressant de rappeler que M. le Professeur Roger a pu expérimentalement trouver des fausses membranes dans l'intestin après avoir injecté de l'urate et de l'oxalate de soude dans le sang d'un lapin.

L'élimination constante de ces cristaux deviendrait

pour l'intestin une cause d'irritation et d'inflammation locale, créant un *locus minoris résistentie* dont une cause quelconque profiterait pour créer l'entéro-colite. C'est de cette manière que l'influence de l'arthrisme a été expliquée par certains auteurs.,

En résumé, nous voyons que, dans l'étiologie de l'entéro-colite, il est nécessaire de faire deux parts. D'un côté existent des causes aussi nombreuses que variables qui ne seront efficaces que si, d'un autre côté, existe un terrain particulier, la diathèse neuro-arthritique qui préside constamment à la réalisation de l'entérite. Cette entérite devient un syndrome dont le terrain sera la seule cause prédisposante. Vienne une cause occasionnelle quelconque et elle fera naître le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse.

Si nous insistons ainsi sur la pathogénie c'est parce que la nature névropathique du terrain sur lequel évolue la maladie, nous permet d'expliquer pourquoi certaines personnes réagissent avec plus d'intensité que d'autres et peuvent, sous l'influence d'une exagération de ce nervosisme, développer les accidents cardio-vasculaires dont nous allons nous occuper, et leur imprimer une telle intensité que ces derniers peuvent passer au premier rang de la symptomatologie et masquer les signes habituels de l'entéro-colite.

Trois symptômes, toujours constants, permettent le diagnostic, facile d'ailleurs, de l'entéro-colite. Cette triade symptomatique est tellement évidente que, le plus souvent, elle ne permet pas l'erreur. Dans certains cas plus

rares, elle frappe moins nettement l'esprit du médecin, il est nécessaire qu'elle soit recherchée car elle peut se dissimuler derrière des phénomènes bruyants qui usurpent la première place et la masquent derrière eux.

Trois symptômes la composent :

1° Le rejet de fausses membranes ou de glaires.

2° La constipation.

3° Les douleurs.

Le rejet des fausses membranes est le phénomène constant. Tantôt on trouve dans les selles un mucus filant, glaireux. Parfois il prend la forme de petites boulettes de blanc d'œuf légèrement cuit ; tantôt ce mucus est complètement coagulé. Il représente véritablement une fausse membrane. « Ces peaux », comme les appellent les malades, sont parfois allongées et prennent la forme arrondies des lombrics. Dans d'autres cas, elles sont aplaties et peuvent simuler les anneaux du tœnia. Enfin le malade rend souvent des tubes membraneux, longs de deux à trois centimètres, ressemblant à du macaroni. On s'est longtemps demandé comment pouvaient se former ces anneaux membraneux et, aujourd'hui, on sait qu'ils prennent naissance sur un intestin le plus souvent en état de spasme. Ils sont, quand ils existent, la preuve évidente de la nature spasmodique de l'entéro-colite. C'est l'intestin rétracté qui les élabore au niveau de sa face interne.

Ces fausses membranes présentent une face interne qui est tantôt lisse, tantôt striée par le passage des matières

durcies. La face externe qui répond à la paroi interne le l'intestin est au contraire très irrégulière, elle est chevelue du fait de la présence de petits moules pseudo-membraneux qui rapportent la forme du conduit des glandes dans lesquelles elles ont été secrétées.

Ces membranes ne sont pas, comme on l'a supposé, des produits inflammatoires de l'intestin. Le tissu amorphe qui les compose est fait non pas de fibrine mais de mucus et dans ce mucus on trouve, comme l'a dit M. Combe, quelques cellules épithéliales intestinales, pas de noyaux, mais quelques leucocytes ainsi que des cristaux de phosphate, d'urate ou d'oxalate de chaux. Ce mucus, qu'il soit coneret ou non coagulé, se dissout dans les alcalins et se reforme si on ajoute ensuite de l'acide acétique.

Sous l'influence du violet de gentiane, il prend, non pas la teinte violacée que prendrait un élément fibrineux, mais une coloration bleue, caractéristique des réactions du mucus.

Toutes ces constatations sont intéressantes à rappeler parce qu'elles indiquent bien, par l'absence de fibrine et de leucocytes, qu'il ne s'agit pas de phénomènes inflammatoires.

Dans certains cas, extrêmement légers, l'expulsion de ces fausses membranes peut-être le seul symptôme observé. Les malades expulsent de temps à autre des fausses membranes et toute manifestation de l'entéro-colite se borne à ce symptôme. Mais le plus souvent leur expulsion au lieu d'être intermittente et irrégulière, devient habituelle ; à chaque selle le malade en rend une quantité

plus ou moins considérable. On a signalé, dans quelques observations, des individus qui en avaient expulsé le contenu d'un vase entier. Dans certains cas, quelques malades les rendent même dans l'intervalle de leurs selles. On comprendra que, dans ces cas extrêmes, l'état général du sujet ne reste pas indemne. Autant la santé peut rester parfaite tant que le malade n'expulse que quelques fausses membranes, autant elle peut s'altérer quand le processus pathologique a revêtu cette intensité.

Lorsque les phénomènes sont ainsi accusés, paraissent les deux autres symptômes.

Les selles deviennent plus ou moins irrégulières jusqu'au jour où le malade devient un constipé. Cette constipation peut être rebelle. On l'a vu durer pendant trois, huit, quinze jours et même davantage. Elle aboutit, au bout d'un certain temps, à des matières rubanées, étroites, donnant encore une preuve de l'état spasmodique dans lequel se trouve l'intestin.

Dans certains cas, la constipation n'est pas quantitative, elle est qualitative. Le malade se figure ne pas être constipé. Mais quand on regarde ses selles elles sont sèches, petites, fragmentées, se laissant écraser difficilement. Ce sont des matières ovillées, formées par de petites biles qu'un peu de diarrhée peut accompagner.

Ces matières peuvent être parfois décolorées soit que la bile stagne dans le cholédoque en état de spasme, soit que la sécrétion du foie, comme nous le verrons plus tard, ait pu devenir insuffisante, soit enfin que les graisses aient été mal digérées et qu'elles enrobent les matières fécales.

Jusqu'à ce moment, le malade ne se plaindrait pas si

le troisième symptôme n'accompagnait pas d'une façon irrégulière les troubles précédents. Les malades ont des coliques. Ils éprouvent une sensation de pincement, de de constriction, de tiraillement, de courant d'eau bouillante traversant le ventre. Chaque malade donne sa comparaison préférée. Il souffre soit dans la fosse iliaque, soit au niveau de l'S sigmoïde soit au coude gauche du colon transverse, soit au niveau de l'ombilic. Ces douleurs ne sont pas continues, elles surviennent par accès mais, dans certains cas, elles affectent une telle intensité qu'on ne peut s'empêcher de penser à l'occlusion intestinale. La douleur est extrêmement vive, péri-ombilicale le plus souvent. Des vomissements paraissent qu'on a pu voir fécaloïdes dans certains cas. La température reste à 38 degrés, le faciès prend le type abdominal. Tout rappelle l'étranglement interne. La scène peut durer plusieurs jours, elle se résout alors par une débacle de fausses membranes, de matières striées de sang. La crise est terminée, laissant derrière elle un malade épuisé chez lequel tout va rentrer dans l'ordre pendant quelques temps jusqu'au jour probable, plus ou moins éloigné où une crise semblable recommencera.

Tels sont les trois symptômes cardinaux de l'entéro-colite muco-membraneuse. Nous répétons que le plus souvent on les retrouve toujours. Leur association emporte le diagnostic. Mais dans certains cas, une autre catégorie de signes peut exister qui les accompagnent. Ce sont les symptômes accessoires. Parfois l'attention est attirée par des troubles gastriques. M. Mathieu a décrit

une gastro-entérite spéciale. On y trouve tous les symptômes de la dyspepsie névropathique avec ballonnement du ventre, pesanteurs, éructations, langue pâteuse avec haleine fétide, des aphtes, de la gingivite.

Souvent on note la coexistence d'affections hépatiques telles que la lithiasé biliaire ou l'hépatopse. On sait que M. Glénard a décrit une maladie particulière, l'hépatisme caractérisée par un état spécial du foie qui tiendrait sous sa dépendance les ptoses de certains viscères de la cavité abdominale et par suite l'entéro-colite muco-membraneuse. On a trouvé en plus de l'hépatoptose une certaine augmentation de volume du foie et assez souvent une diminution de la sécrétion biliaire.

Le rein serait également ptosé dans la proportion de cinquante huit fois sur cent, d'après M. Mathieu. Enfin la lithiasé intestinale, pour certains auteurs l'appendicite, les troubles utéro-annexiels seraient assez fréquents au cours de l'entéro-colite pour que différentes théories pathogéniques aient été fondées sur la coexistence de ces différentes affections avec la maladie qui nous occupe.

Il existe des troubles du système nerveux qui sont très variés, troubles vaso-moteurs, sensitifs ou sensoriels dans certains cas, et parfois même des troubles psychiques qui peuvent aller jusqu'à la neurasthénie et l'hypocondrie.

Mais, de tous ces troubles accessoires, il en est une variété qui nous occupera principalement. Ce sont ceux que l'on rencontre du côté du cœur et des vaisseaux.

Ces troubles sont connus depuis longtemps et tous les

auteurs les ont signalés. Ils peuvent atteindre une telle intensité qu'ils masquent absolument l'affection intestinale qui se cache derrière eux et qui pourtant en est la cause. Le terrain névropathique, nécessaire au développement de l'entérite, favorise leur apparition et les exagère au point qu'il est nécessaire de rechercher avec attention la triade symptomatique pour redresser le diagnostic et ne pas voir une cardiopathie là où il ne s'agit que d'entérite muco-membraneuse.

Les reflexes, partis de l'intestin, retentissent ainsi par l'intermédiaire du système nerveux central sur différents organes et principalement sur leurs vaisseaux vaso-moteurs. Ils créent de cette manière un état de spasme ou d'excitation de ces mêmes vaisseaux, et il en résulte des troubles variés sur lesquels nous désirons nous arrêter.

On se trouve ainsi en présence d'une forme spéciale de l'entéro-colite, forme clinique que l'on pourrait appeler la forme angiospasmodique de l'entéro-côlite muco-membraneuse, qui donne quand elle existe un allure clinique particulière à l'affection, en amenant comme nous allons le voir, des troubles du côté du cœur, du côté des vaisseaux, du côté des organes des sens et même peut-être du côté de certains viscères.

II

LES TROUBLES CARDIAQUES

Les phénomènes cardio-vasculaires qu'on observe du côté du cœur et des vaisseaux sont multiples. Mais dès maintenant, nous tenons à dire que nous ne nous arrêterons exclusivement que sur ceux qui sont d'origine purement nerveuse. C'est pour cette raison que nous laisserons de côté, par exemple, les hémorragies intestinales qui ont été signalées par Potain, Lyon, Mathieu, Triboulet, Rabutot. Que ces dernières reconnaissent pour cause une dyscrasie sanguine, hémophilique (Potain) ou qu'elles soient occasionnées par de petites ulcérations de la muqueuse intestinale, traumatisée par les matières fécales durcies, elles n'en sont pas moins d'une origine étrangère à l'élément nerveux et elles ne peuvent entrer par conséquent dans le cadre de notre étude.

Les troubles que nous étudions s'observent au niveau du cœur et au niveau des vaisseaux soit périphériques, soit viscéraux. Leurs manifestations cliniques sont nombreuses, aussi allons-nous étudier d'abord les phénomènes cardiaques et ensuite les phénomènes vasculaires.

Parmi les phénomènes que l'on observe au niveau du cœur, les uns sont légers, les autres présentent au contraire un aspect clinique plus impressionnant. Parmi les premiers on peut ranger les palpitations, les intermitten-

ces, les lipothymies, les troubles du rythme cardiaque, la tachycardie, la bradycardie. Dans les seconds, on trouve la fausse angine de poitrine, la dilatation des cavités droites du cœur avec l'insuffisance tricuspidiennne qui peut en être la conséquence.

a) **Troubles du rythme**

Le rythme du cœur se trouve souvent troublé au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse et les malades présentent souvent de la tachycardie, de la bradycardie, des intermittences et de l'arythmie.

La bradycardie n'est pas très fréquente, il est vrai qu'elle n'attire pas spécialement l'attention quand elle existe seule. Le malade a un pouls qui tombe au-dessous de 70 pulsations, en général, on compte de 50 à 60 pulsations à la minute. Cette bradycardie est transitoire et peut s'accompagner d'arythmie. Elle se rapporte évidemment à une altération fonctionnelle des centres cardiaques bulbo-médullaires. Charcot a effectivement montré qu'il fallait chercher la cause immédiate de ces bradycardies dans une altération intéressant les noyaux d'origine des nerfs pneumogastriques. Il se produit ici un fait analogue à celui qui se produit chez les vieillards où la bradycardie est la conséquence d'une athéromasie bulbaire. Dans ces cas le bulbe est mal irrigué par des artères atteintes d'athérome, alors que, dans les cas

qui nous occupent, le spasme empêche le sang d'arriver facilement dans les artères.

L'arythmie est souvent un trouble fonctionnel qui accompagne la bradycardie ou la tachycardie. Elle traduit la défaillance momentanée du cœur, accidentellement provoquée par le spasme qui, comme nous le verrons, peut augmenter la tension dans la petite et dans la grande circulation.

Les Intermittences consistent dans l'absence simultanée de la pulsation radiale et du battement cardiaque. Très souvent, les malades en ont conscience. Ils éprouvent une sensation d'angoisse qui dure à peine une seconde pour disparaître avec le retour de la pulsation suivante.

La Tachycardie est de tous les troubles du rythme cardiaque, celui que l'on observe avec la plus grande fréquence.

En général, l'accélération est assez notable. On compte de 120 à 160 pulsations à la minute, cette tachycardie survient par crise. Elle s'accompagne souvent de phénomènes subjectifs et les malades se plaignent en même temps de palpitations, de dyspepsie, d'angoisse, de sueurs froides, de refroidissement des extrémités. La crise peut durer quelques heures, mais le plus souvent, elle se termine au bout de quelques minutes. Il s'agit probablement d'un réflexe parti de l'intestin qui vient inhiber le centre bulbaire du pneumogastrique. Ces crises de tachycardie réflexe ne sont d'ailleurs pas particulières à

l'entéro-colite muco-membraneuse ; elles ont été étudiées, par Potain et Barié, au cours des affections gastro-hépatiques.

Dans une clinique sur la *Colite*, reproduite en 1887, dans la *Semaine Médicale*, Potain nous en montre un exemple : « J'ai pu observer, dit-il, une dame, atteinte
« d'entéro-colite, dont le pouls, au moment des accès,
« battait 128 pulsations par minute alors qu'on en comptait 88 dans l'intervalle des crises. Il était très irrégulier et témoignait bien que le cœur était dans un véritable état d'affolement. »

OBSERVATION I (Résumé)

(Thèse de GOURDON, Paris, 1875)

Une dame de 40 ans éprouvait depuis cinq ans un sentiment de malaise, de l'anorexie, une soif continuelle, des digestions difficiles, des vomissements muqueux de temps à autre. Ces symptômes avaient résisté aux purgatifs, aux toniques et aux sangsues. Tout à coup se déclara une gastro-entérite aiguë, caractérisée par des vomissements violents de matières jaunâtres, une vive douleur à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, une soif ardente « une grande fréquence et une extrême petitesse du pouls. ».

.

Deux saignées et plusieurs applications de sangsues, des boissons émollientes parvinrent à calmer ces accidents mais la constipation ne céda qu'avec peine à des lavements répétés. Enfin, le septième jour, après des coliques très aiguës, la malade rendit, au milieu de matières liquides et jaunâtres, des lambeaux membraneux de forme irrégulière, de plusieurs centimètres de longueur, de 3 millimètres d'épaisseur.

.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le D^r LÉPER)

Entéro-colite et tachycardie

Madame L..., 33 ans, présente depuis deux ans et demi environ, des manifestations d'entéro-colite muco-membraneuse. Elle est très constipée et dans ses selles, on trouve des fausses membranes et des glaires. Ces signes s'accompagnent de douleurs localisées dans l'abdomen. La malade a eu, à plusieurs reprises, des syncopes, des vertiges et enfin, par intermittences, on a noté dans des crises se prolongeant huit, dix et douze jours une accélération très notable du pouls. Ce pouls était régulier, bien frappé, petit et battait à 130 et 140 pulsations à la minute.

Actuellement, soumise à un régime très sévère, elle continue à présenter de la tachycardie au moindre trouble intestinal et à la moindre variation du régime alimentaire.

OBSERVATION III (Inédite)

(Communiquée par M. le D^r LÉPER)

Entéro-colite. — Tachycardie. — Intermittences

Madame P..., 54 ans, a depuis de longues années une entéro-colite, très accusée ; elle est constipée, elle a des douleurs abdominales, ses selles contiennent des fausses

membranes et des glaires. La malade est très nettement une névropathe.

A de certains moments, elle a eu des hémorragies intestinales discrètes. La malade a de l'apyrexie, elle se nourrit mal — pas de tuberculose. — A plusieurs reprises on a observé les phénomènes suivants : irrégularité du pouls, constituée par deux ou trois battements précipités que suivait un grand silence. Ces phénomènes étaient perceptibles à la palpation du pouls ainsi qu'à l'auscultation. Ils s'accompagnaient d'une sensation d'angoisse qui avait d'autant plus effrayé la malade qu'elle s'était aperçue en prenant son pouls elle-même, que cette angoisse coïncidait avec la disparition d'une pulsation radiale. La malade fut traitée pour son entéro-colite pendant un certain temps et il est intéressant de signaler que le traitement fit disparaître les phénomènes cardiaques. Mais ils reprirent lorsque la malade négligea de se soigner et interrompit son traitement.

Le parallélisme absolu entre l'amélioration des accidents d'entéro-colite et la disparition des accidents cardiaques est ici très nette.

b) Troubles subjectifs

1° *Les palpitations* sont, parmi ces troubles, ceux que l'on rencontre le plus fréquemment. Tous les auteurs les ont signalées. Elles présentent ce caractère de faire leur apparition immédiatement après une émotion un peu vive, après un accès de colère, une crise de larmes. Les malades se plaignent de ressentir la perception douloureuse des battements de leur cœur. Ils montrent le siège de leur douleur, au niveau du cinquième espace intercostal gauche. C'est que les malades ont conscience des mouvements de leur cœur dont les battements sont généralement frappés avec plus de force. Ils éprouvent une sensation particulière qui est douloureuse et qui s'accompagne de gêne et de malaise au niveau de la région précordiale. Dans d'autres cas, le malade se plaint simplement d'une sorte d'oppression, de poids au niveau du cœur et tous ces phénomènes sont d'autant plus accusés que le malade est plus nerveux. Potain disait que les palpitations constituaient le phénomène le plus constant du nervosisme chez l'homme.

Les malades viennent trouver le médecin parce qu'ils sont inquiets de ressentir ces battements cardiaques et s'il existe concomitamment de la danse des artères du cou, par exemple, on voit que l'on peut ne pas être très éloigné de penser tout d'abord à l'existence d'une insuffisance aortique.

Mais les signes de l'entéro-colite recherchés et trouvés, l'absence du souffle caractéristique de l'insuffisance remettent les choses en place et rétablissent le diagnostic d'autant plus facilement que l'examen du cœur montre qu'il est normal ou bien que le choc précordial est uniquement frappé avec plus de force qu'à l'ordinaire.

L'erreur peut-être faite également avec des palpitations d'origine gastrique et elle sera d'autant plus possible que les palpitations coexisteront avec cette forme d'entéro-colite à type intestinal, signalée par M. Mathieu et dans laquelle se retrouvent tous les symptômes de la dyspepsie névropathique avec les signes que nous avons rappelés plus haut.

Comment dans ces cas éviter l'erreur ? On voit combien le diagnostic peut s'égarer et combien la thérapeutique peut facilement s'adresser à l'estomac plutôt qu'à l'intestin. Mais, si l'on considère que ces palpitations sont en rapport non avec le moment des repas et de la digestion mais surtout avec des crises et des accès, nés sous l'influence d'une émotion ou de tout autre sentiment capable de mettre en jeu l'impressionnabilité du malade, on voit que le diagnostic pourra d'autant mieux être fait que l'on aura retrouvé les trois symptômes cardinaux de l'entéro-colite muco-membraneuse. Sans nous occuper encore de la question de la pathogénie, nous pouvons cependant rappeler que Peter expliquait en général les palpitations par un spasme du cœur et que M. Huchard prétend en donner l'explication par l'élévation de la pression sanguine. « L'hypertension artérielle, » dit-il, produit des palpitations qu'on ne doit pas con-

fondre avec la tachycardie. Elles sont le résultat de la lutte que le cœur est obligé de soutenir sans cesse contre les obstacles situés à la périphérie circulatoire. Ces palpitations ont des caractères particuliers, elles sont souvent très pénibles, presque douloureuses, s'accompagnant d'une vague sensation de plénitude ou d'anxiété précordiale qu'il ne faut pas assimiler à la fausse angine de poitrine ; enfin elles sont souvent nocturnes parce que le sommeil et la position couchée contribuent encore pour leur part à augmenter la tension artérielle ».

Si un réflexe créé par une excitation périphérique intestinale, peut provoquer par l'intermédiaire des vasomoteurs, un état de spasme des vaisseaux périphériques, on comprendra la fréquence des palpitations au cours de l'entéro-colite.

OBSERVATION IV

(Thèse de TRÉMOLIÈRES, observation III, résumé)

Madame R... (Alexandrine), 59 ans, ménagère.

..... L'excrétion muco-membraneuse ne cesse pas.....
Très nerveuse, très impressionnable, très émotive, pleure
sans motifs, rit sans raison encore plus souvent.

Tremblements pendant les colères, « palpitations à la
moindre émotion ».

OBSERVATION V

(Thèse de TRÉMOLIÈRES, observation V, résumé)

Mademoiselle Blanche L..., 24 ans, journalière.

..... Il y a plus d'un mois, l'infirmière de service a
remarqué dans son bassin, mêlées aux selles, des glaires
assez nombreuses et volumineuses. Elle en a remarqué a
plusieurs reprises depuis lors.

.

Très émotive et mélancolique, rougit et pâlit facile-
ment, « légères palpitations aux moindres émotions ».

OBSERVATION VI

(Thèse de TRÉMOLIÈRES, observation XXIII, résumé)

Madame L..., 27 ans, couturière.

..... La malade a toujours eu tendance à la constipation, a vu cette constipation s'accroître et ses douleurs abdominales apparaître, il y a quatre ans environ. Il y a trois ans, elle a aperçu dans ses selles des glaires et des peaux dont la quantité n'a fait qu'augmenter.

..... Très émotive, très irritable, se met souvent en colère et pleure très facilement.

« Palpitations très fréquentes à la moindre émotion ».

OBSERVATION VII

(Thèse de TRÉMOLIÈRES, observation VII, résumé)

Madame Henriette S..., 34 ans, cuisinière.

..... La malade regarde ses selles au début de février, car elle a rejeté du sang rouge, rose, pendant trois ou quatre jours. Elle y constate des peaux en abondance qui ont persisté jusqu'à il y a cinq ou six jours. Très nerveuse, très irritable, pâlit aux moindres émotions et contrariétés.

« Palpitations fréquentes » et sueurs abondantes à ces occasions-là.

2° *L'angine de poitrine*, dans l'entéro-colite, est extrêmement fréquente. Dans de nombreuses observations, on retrouve cette sensation de « vie qui s'en va » dont se plaignent les malades. Mais les accidents se bornent le plus souvent à l'angoisse alors que les irradiations cervico-brachiales font défaut. Cependant, dans certains cas, le syndrome angineux est au complet, le malade présente le tableau clinique de la véritable crise d'angor-pectoris et il est nécessaire de rechercher les circonstances qui ont précédé, accompagné et suivi les accès afin de se convaincre de la nature névropathique du syndrome.

Le début provient toujours sans cause provocatrice occasionnelle. On ne retrouve pas la notion d'effort, de marche contre le vent, de coup de froid, d'ascension, d'émotion qui sont si souvent à l'origine de la véritable crise d'angor pectoris. Très souvent même le début est nocturne et l'accès vient surprendre le malade pendant son premier sommeil.

La période d'état rappelle la même angoisse, la même sensation de mort imminente. Le malade se plaint de plénitude précordiale, c'est une douleur située au-devant du cœur. Dans l'angine de poitrine vraie, la douleur se trouve nettement derrière le sternum. C'est, dit M. Huchard une sensation de pression puissante, qui enfoncerait la paroi thoracique antérieure et la rapprocherait de la colonne vertébrale. Chez nos malades, les accès ne s'accompagnent pas toujours d'irradiations cervico-brachiales mais en revanche, le patient se plaint de gêne de la respiration, de phénomènes asphyxiques alors que les téguments deviennent pâles ou qu'il existe

de la cyanose, du refroidissement des extrémités, de l'abaissement de la température, de la faiblesse du pouls et de l'augmentation de la tension artérielle.

Ces accès, qui ne s'accompagnent pas de lésion du côté des vaisseaux coronariens, peuvent rester uniques et nous savons qu'il n'en est malheureusement pas de même dans la véritable angine de poitrine par lésion coronarienne. Mais, par contre, ils durent plus longtemps, la sensation d'angoisse pouvant persister une demi-heure alors que le véritable accès d'angine a duré à peine quelques secondes.

L'entéro-cólite s'accompagne donc de fausse angine de poitrine, de celle dont on ne meurt pas, de celle dont M. Landouzy dit « que les malades sont à plaindre mais n'ont rien à craindre ». La pseudo-angine de poitrine de l'entéro-colite peut être assimilée aux fausses angines déjà décrites dans les névropathies, dans la neurasthénie, dans l'hystérie et dans l'arthritisme (Landouzy). On peut supposer qu'il s'agit ici, de même que dans ces angines d'origines différentes, de spasme des artères coronariennes.

La véritable angine de poitrine semble être la conséquence d'une ischémie cardiaque, due à une insuffisance d'irrigation du cœur. Cette insuffisance est elle-même la conséquence d'une coronarite s'opposant au moment d'un effort, à l'arrivée de la quantité supplémentaire du sang nécessaire au fonctionnement de l'organe.

Dans l'entéro-colite, le spasme remplace la lésion, il en joue le même rôle en s'opposant à l'arrivée du sang dans les artères coronariennes. Il nous semble que nous

pouvons d'autant mieux proposer de comprendre de cette manière, l'angine de poitrine dans l'entéro-colite, que c'est également l'angiospasme qui a permis à M. Hirtz d'expliquer la fausse angine hystérique et que Claude Bernard a démontré l'existence du spasme artériel dans l'angine de poitrine tabagique par l'influence vaso-constrictive de la nicotine.

La nature spasmodique, dès lors, explique la variabilité, la fugacité des accès qui seront d'autant plus violents ou légers que le spasme aura été lui-même plus ou moins accentué.

OBSERVATION VIII

(DE LANGENHAGEN, « Sem. méd. 1898 »)

L'Entéro-colite muco-membraneuse, Symptômes, Étiologie. Traitement

Un malade, médecin et qui s'observait de très près, était sujet, à ce qu'il me raconta, à des accès extrêmement pénibles, qu'il me décrivait ainsi :

Brusquement, sans avertissement, dans le jour ou encore pendant la nuit, et se réveillant alors en sursaut, il pâlisait, son corps se couvrait d'une sueur froide, son pouls devenait misérable, presque incomptable et, sans être pris d'une véritable syncope, ayant conservé toute sa connaissance et toute sa conscience, il sentait la vie qui se retirait de lui ; il avait positivement, suivant sa propre expression, « la sensation de la vie qui s'éteint ». Cette affreuse angoisse durait quelques secondes, une ou deux minutes au plus, puis peu à peu elle disparaissait, le pouls se raffermissait, et les téguments reprenaient leur coloration. Rien dans l'auscultation cardiaque ne pouvait expliquer ces accidents terrifiants, et ce qui prouve bien qu'ils étaient en rapport avec des troubles gastro-intestinaux, c'est que le malade dyspeptique, atone depuis de longues années et — il est à peine besoin de l'ajouter — fortement neurasthénique, les voyait coïncider avec de véritables crises d'infection intestinale, d'empoisonnement stercoral pendant lesquelles les selles et même l'haleine exhalaient une fétidité spéciale ; si bien que, averti par ces signes précurseurs, notre confrère arriva peu à peu à atténuer et même à supprimer presque entièrement ces fâcheux réflexes par l'usage opportun des évacuants et des antiseptiques intestinaux.

c) **Troubles pulmonaires avec dilatation cardiaque et insuffisance tricuspidiennne**

La dilatation des cavités, l'insuffisance tricuspidiennne sont des accidents qui paraissent plus graves. Ils donnent à l'entéro-colite, un tableau clinique plus inquiétant et il est nécessaire de les connaître pour éviter de porter un pronostic trop sérieux et peu en rapport avec la fugacité des accidents qui sont constatés.

Nous avons fait remarquer que, dans certains cas précédents, les malades se plaignaient non seulement de la sensation angineuse mais aussi d'oppression et de gêne dans la respiration. Ces symptômes peuvent s'expliquer facilement si l'on considère que le spasme peut impressionner aussi bien les capillaires du poumon que les vaisseaux du cœur. La circulation se fait difficilement, l'hématose n'est plus assurée qu'imparfaitement et lorsque le spasme est très accentué, on peut assister à un tableau clinique qui rappelle en tous points celui de l'embolie pulmonaire. Cet accident n'est d'ailleurs pas particulier à l'entéro-colite ; plusieurs auteurs l'ont signalé au cours de troubles de l'estomac et du foie. M. Barié les a décrits, dans un article de la *Revue de Médecine*, et nous ne pouvons mieux faire que de répéter ce qu'il a dit à ce sujet. Que le spasme avec la vaso-constriction qui en est la conséquence soit d'origine stomacale,

hépatique ou intestinale, il n'en détermine pas moins les mêmes phénomènes et si la cause change, l'effet produit reste le même.

D'abord légers, dit M. Barié, les accès peuvent prendre une intensité très grande au point de produire une véritable angoisse. Le malade s'assoit sur le lit, la bouche largement ouverte, les narines dilatées, les mains appuyées sur ce qui l'entoure pour mettre plus facilement en jeu toutes les forces inspiratrices. Le besoin d'air est impérieux et nullement apaisé par l'accélération des mouvements respiratoires qui dépassent parfois le nombre de 60 à la minute. L'air cependant entre librement dans le poumon comme le démontre l'auscultation. Mais le sang n'arrive plus à son contact dans l'alvéole pour assurer le mécanisme régulier de l'hématose. L'obstacle siège non dans les canaux respiratoires mais dans le système circulatoire intra-pulmonaire. L'angoisse inexprimable avec asphyxie imminente se peint sur la figure du malade. Le visage d'abord se couvre de sueurs visqueuses, puis devient coloré. Les extrémités sont refroidies et livides. Le pouls s'accélère. Quelques petits crachats hémoptoïques paraissent, rarement abondants. En un mot, comme le fait remarquer M. Barié, on a devant soi le tableau de l'asthme ou de l'embolie pulmonaire. Peu à peu, la dyspnée disparaît, la respiration se régularise et l'orage se calme.

La tension artérielle, augmentée par le spasme et la vaso-constriction des capillaires pulmonaire, peut elle-même avoir pour conséquence des accidents cardiaques

que Potain a signalés et qui ont fait le sujet d'une communication de M. Teissier fils, de Lyon, au Congrès de Montpellier de 1877.

La tension exagérée, si elle persiste longtemps, peut forcer les parois du ventricule droit et déterminer, ainsi, une dilatation passagère des cavités droites du cœur. Mais cette dilatation, passagère au début, peut se répéter fréquemment et aboutir à la dilatation chronique avec l'insuffisance tricuspidiennne qui en sera la conséquence.

Au Congrès de Montpellier, M. Teissier attira l'attention sur ces accidents, dont il signala de douze à quinze observations consécutives à des maladies du foie, de l'estomac et à des maladies de l'intestin. Il faisait remarquer que, pour la première fois, on signalait l'intestin comme pouvant déterminer des accidents réflexes du côté du cœur et des poumons. Mais nous devons reconnaître qu'à aucun moment il ne fut question de l'entéro-colite muco-membraneuse bien que l'on puisse peut-être supposer l'entéro-colite muco-membraneuse capable de déterminer le réflexe avec autant de facilité que la diarrhée chronique ou les affections du tube digestif et du foie.

Les signes de la dilatation du cœur droit donnent lieu à des symptômes qu'il faut savoir rechercher car ils peuvent passer inaperçus.

Le premier signe est le déplacement du point où bat la pointe du cœur. On sait qu'à l'état normal, le choc occupe une surface limitée qui varie entre 5 et 30 millimètres carrés. Le choc de la pointe se trouve normalement dans le cinquième espace intercostal, un peu en de-

dans et au dessous du mamelon, entre les lignes verticales mamelonnaire et para-sternale. Lorsque le cœur droit est dilaté, l'examen révèle une déviation horizontale de la pointe à gauche du mamelon, alors que la dilatation du ventricule gauche amène au contraire un abaissement vertical de la pointe.

L'auscultation fait entendre un claquement exagéré des valvules sigmoïdes, le deuxième temps est fortement frappé, il est vibrant et a un timbre métallique. Il indique que la tension artérielle est plus élevée dans la circulation pulmonaire.

Un autre phénomène paraît également sous l'oreille. C'est un bruit de galop qui se surajoute aux deux autres. M. Barié rappelle, en décrivant ces mêmes accidents qu'il a observés au cours d'affections du tube digestif, de quelle manière Potain interprétait la présence de ce bruit surajouté.

« Le ventricule vient de se vider et le cœur entre en diastole. A ce moment la vis a tergo et les mouvements respiratoires précipitent dans la cavité ventriculaire le sang accumulé en amont pendant la systole précédente. Aussi lorsque l'oreillette va se contracter, la réplétion du ventricule sera complète.

Mais si la tension artérielle augmente, la tension veineuse est affaiblie, le sang veineux ne se précipite plus dans le ventricule pendant la diastole et quand l'oreillette se contracte, le ventricule n'est pas à l'état de réplétion. Aussi, l'oreillette en se contractant va précipiter une onnée sanguine qui, pénétrant dans le ventricule à moitié vide, va déterminer chez lui un brusque changement de

tension qui se manifestera en clinique par un léger soulèvement frappant la paroi thoracique un peu avant le choc systolique de la pointe.» Ce galop pourrait être confondu avec le bruit de galop gauche que l'on rencontre dans les néphrites interstitielles mais dont le maximum d'intensité, s'entend au niveau de la pointe du cœur alors que le galop du ventricule droit a son maximum à la région épigastrique.

Tels sont les signes de la dilatation passagère du cœur dont on peut suivre la disparition par le retrait de la pointe qui reprend sa place normale dès que les troubles ont disparu.

Mais cette dilatation peut passer à la chronicité. On se trouve dès lors en présence de la dilatation permanente du cœur. L'élévation de la tension intra pulmonaire reste élevée et détermine finalement sur les parois même du cœur droit une force qui l'oblige à se distendre à un degré tel que les valvules tricuspidiennes ne peuvent plus se rejoindre par leurs bords, le sang afflue par l'orifice qui n'est plus parfaitement oblitéré, l'insuffisance tricuspидienne est constituée.

D'autres signes viennent alors se joindre à ceux précédemment décrits. C'est d'abord la souffle pathognomonique de l'insuffisance tricuspидienne. Souffle dont le maximum d'intensité est entendu à la partie inférieure du sternum, un peu au-dessus de l'appendice typhoïde. C'est un bruit systolique à timbre variable, tantôt rude et râpeux, tantôt au contraire doux et aspiratif. Il se prolonge le long du sternum en remontant vers la base du cœur.

C'est ensuite le pouls veineux vrai, constitué par le reflux du sang qui se fait du ventricule droit dans l'oreillette et de là, dans les veines jugulaires dont les valvules sont forcées. Il est systolique et d'autant plus accusé qu'on l'observe à la partie la plus inférieure de la jugulaire externe ou que le doigt comprime la veine. Dans la partie qu'on veut vider, on voit l'ondée sanguine remonter immédiatement de bas en haut. Enfin les signes accessoires ne tardent pas à paraître. Ce sont les battements du foie et l'ascite ainsi que les œdèmes qui accompagnent si fréquemment les insuffisances du cœur droit.

Ce sont là, les symptômes de l'insuffisance tricuspiddienne. Nous l'avons signalée parce que des auteurs l'ont rencontrée au cours de lésions légères du foie ou de l'estomac et parce que M. Teissier a montré l'origine intestinale possible d'une telle complication. En réalité, dans l'entéro-colite, nous croyons que les accidents se bornent à une dilatation légère et très passagère du cœur droit, en rapport avec un spasme qui ne tarde pas à céder et dont la disparition permet à la circulation pulmonaire de reprendre son cours habituel avec une tension artérielle redevenue normale.

Nous voyons ainsi que, pendant l'évolution de l'entéro-colite muco-membraneuse, il peut, dans certaines formes, exister un spasme suffisamment énergique pour amener par vaso-constriction une augmentation de la tension soit dans les vaisseaux coronariens, soit dans les capillaires, pulmonaires. Le cœur, en luttant contre ces obstacles, exprime sa souffrance par les palpitations, l'arythmie, la tachycardie, les intermittences, la fausse angine de poi-

trine ; dans certains cas, même il peut d'une façon passagère succomber à sa tâche, quand il a à lutter contre les capillaires pulmonaires en état de spasme et c'est alors que s'observent les signes de la dilatation et peut-être l'insuffisance tricuspidiennne. Mais le plus souvent, ces troubles disparaissent dès que les causes réflexes qui leur ont donné naissance, ont elles-mêmes disparu.

OBSERVATION IX (résumée)

Thèse de GOURDON, Paris 1875)

Entéro-colite muco-membraneuse par Van Valzah (The Americ-Journ. of méd., 4 juillet 1873).

Miss, âgée de 40 ans, a été réglée à 15 ans.
. En 1864 , à la suite d'une fatigue légère, éprouve de la dyspnée, et cette difficulté de respirer se présente à plusieurs reprises différentes, pendant le printemps suivant. En juin, elle eut une nouvelle crise qui mit ses jours en danger. Cette attaque était purement nerveuse, car il n'y avait pas de maladie antérieure du poumon et, au moment de l'attaque, il n'y avait pas de lésions, ni du parenchyme ni des bronches. Ces crises, qui duraient environ deux heures, devinrent de moins en moins fortes, de plus en plus rares, et disparurent complètement au bout de deux années.

En 1868, bronchite intense, hypéresthésie cutanée, digestions difficiles..... La peau était bleuâtre et rigide, sans rides, impossible de la pincer. Il n'y avait cependant pas grand trouble de la santé générale. Cet état se prolongea presque durant une année avec des alternatives de bien et de mal, et cessa graduellement.

.
.

En octobre 1871, douleurs abdominales aiguës avec des nausées. Elle rendit ce jour-là et les jours suivants, par l'anüs, une grande quantité de matières muqueuses molles ressemblant à du blanc d'œuf.

.
.
.

Janvier 1873. Crise qui augmenta graduellement et qui, lorsqu'elle atteignit son paroxysme, fut atroce. Des douleurs s'accompagnaient de vomissements et d'un sentiment de constriction très pénible autour du cœur, partaient du dos, de l'ombilic et s'irradiaient presque dans tout le corps. La malade fut soulagée par des injections hypodermiques de morphine. La faiblesse était très grande ; tout ce que prenait la patiente était vomi peu après. Peu à peu, pourtant ces symptômes s'amendèrent. Durant les quatre jours qui suivirent l'attaque, il n'y eut pas d'évacuations intestinales. Mais le cinquième jour, elle rendit avec les garde-robes une certaine quantité de matières membraneuses, ressemblant à du macaroni très cuit ou à des fragments de ténia.

.

Ces membranés, en partie enroulés d'un blanc homogène, assez consistantes, élastiques, n'ont pas été examinées. Elles n'étaient pas solubles dans l'eau froide, mais elles l'étaient presque entièrement dans l'eau à 70° F. Ces concrétions membraniformes ont continué à être expulsées pendant deux semaines. La malade rendait en même temps des matières dures, serrées, couvertes de mucosités.

.

III

TROUBLES VASCULAIRES

Le spasme n'existe pas uniquement au niveau des vaisseaux du cœur et des poumons. La vaso-contriction qu'il provoque peut s'étendre à d'autres vaisseaux de l'organisme et expliquer de cette manière, en les réunissant sous la même étiologie, bien des troubles en apparence disparates que l'on trouve dans les observations. Tels sont les battements des vaisseaux du cou, ceux de l'aorte épigastrique, la cyanose des extrémités, la claudication intermittente, les œdèmes, de même que l'amaurose passagère, les troubles du bulbe, ceux du rein, du foie et du corps thyroïde. C'est sous l'influence du spasme vaso-constricteur que naissent tous ces phénomènes qui sont passagers comme ceux que nous avons signalés au niveau du cœur et fugaces comme le réflexe qui leur a donné naissance.

a) **Battements des gros troncs artériels**

1° *Les battements des vaisseaux du cou* en imposent quelquefois pour une insuffisance aortique. Comme ils sont sous la dépendance d'un nervosisme exagéré, ils peuvent s'accompagner de palpitations, d'intermittences, de tout autre phénomène cardio-reflexe et en imposer

ainsi pour une cardiopathie. Mais ces battements carotidiens ne sont pas permanents et ne s'accompagnent d'aucun des autres symptômes de l'insuffisance aortique. On ne trouve ni souffle au deuxième temps, ni pouls anormal.

C'est un phénomène qui est identique aux battements de l'aorte abdominale, mais avec cette différence que ces derniers sont beaucoup plus fréquents parcequ'effrayant davantage les malades, ceux-ci attirent plus facilement sur eux l'attention des médecins.

2° *Les battements de l'aorte abdominale* s'observent de préférence chez les femmes parce que celles-ci sont habituellement plus névropathes que les hommes et aussi parce que les grossesses répétées prédisposent davantage à la laparoptose.

Ces battements sont très visibles, les malades eux-mêmes, s'en aperçoivent et, comme le dit Lutton, ils en ont conscience, s'en inquiétant d'autant plus qu'ils sont plus nerveux. Dans certains cas cependant ils ne sont visibles que pour le médecin qui, dans ces cas, est obligé de regarder la paroi à jour frisant pour voir une ondulation qui semble remonter le courant du sang.

Enfin, parfois, ils ne sont pas visibles et seule la palpation du ventre les met facilement en évidence. La main arrive facilement sur l'aorte dont les battements sont facilement sentis. L'idée d'une ectasie aortique peut venir facilement à l'esprit du médecin et du malade. Mais la palpation attentive ne révèle l'existence d'aucune tumeur et l'on n'entend aucun souffle au stéthoscope.

Ces battements siègent à gauche de la ligne médiane dans les régions épigastrique, ombilicale et même hypogastrique. Cette disposition tient à la ptose de la paroi abdominale. Très souvent, effectivement, chez les femmes qui sont atteintes d'entéro-colite muco-membraneuse, on observe une chute de la paroi abdominale qui vient tomber en double ou triple saillie en avant de l'arcade pubienne. C'est le ventre trilobé de Malgaigne ou le ventre en besace des auteurs. La sangle abdominale est entièrement relâchée et a perdu toute tonicité. Cet état des tissus peut avoir été favorisé par des tumeurs de la cavité abdominale, ou bien par des grossesses répétées.

Mais pour que les battements de l'aorte soient accessibles à la vue ou à la palpation, la laparoptose ne suffit pas, il faut autre chose. Il est nécessaire que l'intestin ait également perdu sa tonicité et qu'il ait acquis cette consistance mollassse et particulière qui lui a fait donner le nom d'intestin-chiffon ou d'intestin de cadavre. Pour que les battements aortiques soient très nettement perceptibles, il faut qu'il existe d'une façon concomitante une hypotonie des muscles de la paroi, associée à une hypotonie des fibres musculaires intestinales.

Dans certains cas, la laparoptose n'existe pas, seule l'hypotonie intestinale est manifeste sous une paroi abdominale restée indemne. Les doigts sont alors obligés de vaincre la résistance pariétale pour arriver ensuite directement sur l'aorte dont ils perçoivent nettement les battements. Il est donc nécessaire pour que ces battements soient perçus que l'intestin ait perdu sa tonicité. Toutes

les fois que cette dernière restera indemne, elle opposera une résistance suffisante aux mains qui palpent pour leur permettre d'arriver sur l'artère. Mais si toute tonicité a disparu, et qu'en même temps la paroi soit ptosée, entraînant dans sa chute tout le paquet intestinal, les battements artériels seront immédiatement sous la peau et il suffira de regarder ou de palper très légèrement pour les constater avec la plus grande facilité.

En général, il semble bien que les malades qui présentent ces battements, soient précisément les malades qui présentent des phénomènes douloureux intestinaux et le fait s'explique aisément si l'on songe que la plupart des malades sont des ptosiques chez lesquels la douleur peut s'expliquer par les tiraillements des divers téguments.

Les battements aortiques, d'ailleurs, ne se rencontrent pas uniquement dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Bien des gens en ont, sans présenter le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse. Le fait a de l'importance en lui-même car il permet de ramener, à une juste proportion, l'interprétation infectieuse et inflammatoire qu'a voulu donner de ces phénomènes le docteur Benech, en invoquant une propagation inflammatoire partant de l'intestin pour s'étendre jusqu'aux vaisseaux artériels sous-jacents.

La théorie inflammatoire de l'entéro-colite n'est d'ailleurs pas admise et il est peu supposable qu'il s'agisse dans ces cas, d'aortite-secondaire à l'affection intestinale. Nous croyons que sous l'influence de l'entérite, il existe une excitation des filets sympathiques qui se rendent à la tunique de l'aorte et que le phénomène peut

s'expliquer de cette façon. En tout cas, un fait certain domine l'histoire de ces battements aortiques liés à l'existence de l'entéro-colite muco-membraneuse. Ils disparaissent et s'améliorent parallèlement à la maladie, comme le prouvent les observations que nous avons pu nous procurer.

OBSERVATION X (inédite)

(Communiquée par M. le docteur LÆPER)

Madame V..., 48 ans, est une névropathe, atteinte depuis de longues années d'entérite-colite membraneuse. Elle est très constipée et souffre par moments de crises abdominales qui se terminent par le rejet de matières abondantes dans lesquelles se trouvent des glaires et des fausses membranes.

Elle aperçut au niveau de la région ombilicale des battements soulever rythmiquement les téguments. Effrayée, elle consulta le Docteur Teissier (de Lyon), qui fit le diagnostic d'aortite abdominale.

Plus tard, elle fut examinée par un autre médecin qui la soumit à un régime ioduré lequel eut comme conséquence d'exagérer les accidents intestinaux.

A Paris, elle fut prise d'une crise douloureuse abdominale, qui revêtit un caractère de grande intensité. Elle fut observée à ce moment par M. le docteur Læper qui, en dehors des symptômes d'entéro-colite, eut l'attention attirée sur les battements aortiques que présentait la malade. Ces battements siégeaient sur la ligne médiane, en dessous de l'ombilic. Ils étaient synchrones avec les pulsations radiales et ne s'accompagnaient ni de tumeur ni de souffle.

La malade fut soumise à un régime alimentaire sévère et suivit à domicile le traitement de Châtel-Guyon. Les phénomènes d'origine intestinale furent très améliorés tandis que les battements aortiques devinrent presque imperceptibles.

OBSERVATION XI (inérite)

(Due à l'obligeance de Monsieur le D^r ESMONET)

M. T..., 32 ans, habite le Nicaragua depuis treize ans. Il souffre de l'estomac et de l'intestin depuis dix ans, mais ces dernières années, la douleur est devenue persistante, et siège au niveau de la région appendiculaire. En 1905, le malade fit une crise abdominale extrêmement douloureuse, siégeant dans la région ombilicale et dans le flanc droit. Cette crise s'accompagnait de phénomènes respiratoires, d'accès d'étouffement et de dyspnée. En même temps la température était très basse et l'on fit dans son pays, le diagnostic de fièvre algide. Le malade paraissait atteint d'insuffisance hépatique et malgré son paludisme dont il avait eu quelques accès très nets, le foie ne semblait pas augmenté de volume. On trouvait un peu d'ictère, les matières étaient plutôt jaunâtres, avec légère tendance à la décoloration. A l'état normal, le malade était habituellement constipé. Ses selles étaient sèches, ovillées et revêtues de quelques fausses membranes.

Le malade était un neurasthénique et avait présenté, à maintes reprises, des accès syncopaux.

Depuis quelque temps, il avait maigri de 8 kilogr. et pesait 51 kilogr. au lieu de 59.

Il vint en France et présentait, à son arrivée, outre tous les symptômes signalés ci-dessus, des battements ombilicaux très nets.

Le cœur et le poumon étaient normaux.

La tension artérielle = 13.

Après une cure thermale, avec bains carbo-gazeux, un régime alimentaire, une cure hydrominérale à Châtel-Guyon, l'intestin se remit à fonctionner assez bien.

Vers le 10 ou 12^e jour, des selles vertes s'établirent et devinrent passablement régulières. A ce moment le ma-

lade avait deux ou trois selles quotidiennes au lieu de n'avoir une garde-robe que tous les deux ou trois jours.

Pendant les trois semaines qu'il resta en traitement, on eut souvent l'occasion de palper son intestin. On le trouva contracté sur toute son étendue, légèrement douloureux partout sans prédominance au niveau de l'appendice. Le maximum de la douleur siégeait de préférence au niveau du point coeliaque. Comme l'a signalé, à diverses reprises, le Dr Esmonet, chez ce malade qui présentait de l'entéropose, le point coeliaque avait accompagné l'intestin dans sa chute. Décrivant un trajet en courbe autour de l'ombilic, on le retrouvait à un travers de doigt en dessous et à gauche de ce dernier. La douleur qu'il donnait à la palpation se différenciait très nettement de la douleur diffuse, donnée par le colon en cette région.

Au moment de son départ, la tension était remontée à 14 et 15. Le malade présentait encore des battements aortiques de la région ombilicale mais la douleur de tout le colon avait disparu et il ne persistait qu'une sensibilité du point coeliaque à une pression assez forte.

Une lettre reçue du malade, pendant l'hiver 1907-1908, nous apprend qu'il a repris son poids antérieur et ne perçoit plus la sensation pénible objective et subjective des battements au niveau de l'ombilic. Les battements ont complètement disparus en même temps que disparaissaient les attaques syncopales.

OBSERVATION XII

(Thèse de DURAND, Paris 1908)

M^{lle} A..., 43 ans, cuisinière.

Antécédents personnels. Pas d'enfants. Pas de maladie sérieuse, à part l'affection actuelle. Cette malade vient

à la consultation de l'Hôpital Beaujon, se plaignant de douleurs vagues dans l'abdomen, de fatigue générale, de nervosisme, toutes sensations mal définies et non localisées par la malade. Depuis sept à huit ans, dit-elle, elle est dans cet état. Cependant, à l'interrogatoire, nous apprenons que c'est à son abdomen, à ses membres inférieurs surtout, que la malade localise ses souffrances. Après ses repas, elle éprouve, dans l'estomac, des sensations de plénitude, de pesanteur. Cependant, elle a bon appétit, elle mangerait bien mais elle se prive pour éviter ces sensations pénibles qu'augmentent l'ingestion des aliments.

Elle souffre également de constipation opiniâtre avec membranes et mucosités dans les selles.

Son sommeil est agité, elle se réveille constamment dans la nuit, vers 2 à 3 heures du matin et a fréquemment des migraines. Cependant le séjour au lit la soulage et elle sent instantanément réapparaître ses souffrances aussitôt qu'elle met le pied à terre.

A l'examen physique, nous trouvons cette malade pâle, amaigrie, jaunâtre, à peau flasque et sans élasticité. L'abdomen est flasque également, la paroi est amincie, manquant de résistance et d'élasticité ; elle semble d'une minceur extrême, facile à déprimer.

Au niveau du creux épigastrique, et un peu à gauche de la ligne médiane, on perçoit des battements de l'aorte abdominale et ces battements sont vaguement perçus par la malade.

L'estomac est dilaté et le colon ascendant et descendant contracturé sont perçus à droite et à gauche, à la palpation profonde.

On trouve également de l'anesthésie pharyngée. Un rein droit ectopié et un utérus rétro-fléchi présentant une mobilité excessive. Les membres inférieurs sont variqueux.

OBSERVATION XIII

(Thèse de DURAND, Paris 1908)

M^{lle} C..., ménagère.

Un enfant. Pas de maladie antérieure sérieuse. Depuis cinq à six ans elle souffre de l'estomac et de troubles nerveux.

Actuellement elle vient pour une douleur dans l'hypochondre droit, elle souffre également au niveau du creux épigastrique, mais d'une façon moins intense. Après le repas elle a des sensations de pesanteurs, de plénitude, de tiraillement. L'appétit est bon, elle ne vomit jamais mais elle a quelquefois des nausées, elle souffre d'une constipation opiniâtre et présente des mucosités et des membranes dans ses selles. Elle a des sensations de vertige, des insomnies qu'elle attribue à ses souffrances.

A l'examen on trouve une femme amaigrie, ayant une paroi abdominale flasque, un écartement de la ligne blanche permettant l'introduction de la main entre les deux droits. Dans la station debout le ventre fait saillie en avant, les muscles ont perdu leur tonus. L'élasticité de la paroi est diminuée. Les membres présentent des varicosités, il y a de l'anesthésie pharyngée. A la palpation, on trouve à droite le boudin cœcal, à gauche le cordon sigmoïde. Le rein n'est pas déplacé, l'utérus est en position normale.

Dans la région sus-ombilicale on trouve des battements de l'aorte : ils ne sont pas visibles à l'inspection et ne sont pas perçus par la malade, sauf au moment même où l'on palpe son aorte.

OBSERVATION XIV

(Thèse DURAND, Paris, 1908)

M^{me} G..., 37 ans, domestique.

Pas d'enfant, pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Cette malade souffre de l'estomac depuis douze ans, dit-elle. Ce sont des sensations de gonflement, de brûlures, de pesanteurs après les repas, jamais de vomissements mais renvois acides avec sensations de brûlure le long de l'œsophage. Depuis quelque temps les troubles gastriques auraient diminué dit la malade, mais auraient été remplacés par des douleurs étendues à tout l'abdomen. En outre, cette femme est agitée, nerveuse, elle dort mal, son sommeil est interrompu, elle se réveille avec des migraines, des sensations de fatigue et d'accablement. *Elle se plaint également de constipation avec mucosités et membranes dans les selles.* A l'examen on constate de l'anesthésie pharyngée, on trouve une paroi abdominale flasque, amincie, dépourvue d'élasticité, une ensellure lombaire assez prononcée pour permettre de passer trois doigts de champ entre la table et le dos de la malade. L'utérus est gros, douloureux mais mobile, le rein est à sa place, l'estomac semble abaissé ou dilaté ; on perçoit le clapotement à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A l'inspection on constate la présence de battements épigastriques, se manifestant par un soulèvement léger, une sorte d'ondulation de l'épigastre.

On peut les suivre à la palpation dans toute la région épigastrique et jusqu'au-dessous de l'ombilic.

OBSERVATION XV

(Thèse DURAND, Paris, 1908)

M^{lle} G..., 29 ans.

Cette malade a eu un enfant, il y a cinq ans et elle souffre depuis deux ans. Elle se plaint de digestions pénibles et de faiblesse générale. Ses règles sont régulières, un peu douloureuses, et elle souffre du ventre particulièrement au moment de ses règles.

A part cela, la malade souffre d'une constipation opiniâtre avec mucosités et membranes dans les selles. Après les repas, elle éprouve des sensations de plénitude, de pesanteur. Elle est nerveuse ; elle dort mal, elle éprouve une sensation de fatigue continuelle.

A l'examen, on trouve une paroi abdominale flasque, molle, retractée ; à la palpation profonde on détermine de la douleur au creux épigastrique et dans la fosse iliaque, on trouve à gauche le colon descendant contracté.

L'utérus est en rétroversion et très mobile, l'ovaire droit entraîné dans le cul-de-sac correspondant est douloureux à la pression. Dans la région épigastrique, on constate la présence de battements et la malade présente une ensellure lombaire, se manifestant par la présence d'un espace libre de 2 cm. 1/2 entre le plan horizontal de la table et le centre de courbure lombaire.

OBSERVATION XVI

(Thèse DURAND, Paris 1908)

M^{me} X..., 30 ans, réglée à quatorze ans. Quatre enfants et une fausse couche.

La malade entre pour douleurs dans le ventre, mal dé-

finies et non localisées. Douleurs vagues sans caractère spécial, permanentes. En outre, après ses repas, la malade éprouve des sensations de plénitude, de gonflement stomacal, la digestion est lente et pénible.

Elle est constipée et a des mucosités et des membranes dans ses selles. Ses nuits sont agitées, elle dort mal et se réveille constamment vers le milieu de la nuit. Examen : On trouve une paroi abdominale flasque, molle, amincie, couverte de vergelures ; les membres inférieurs sont variqueux. La résistance de la paroi est diminuée. Le rein droit est ptosé à droite et à gauche, on perçoit le colon sous forme d'une masse arrondie roulant sous les doigts, l'utérus est en rétroflexion mobile et réductible.

A la palpation, les battements de l'aorte sont nettement perceptibles dans la région épigastrique, surtout à gauche de l'ombilic. Ils ne sont ni perçus subjectivement ni visibles à l'inspection.

La malade présente en outre une lordose légère.

OBSERVATION XVII

(Thèse DURAND, Paris, 1908)

M^{lle} L..., 21 ans.

Elle a eu un enfant il y a deux ans, une fausse couche, il y a six semaines, une appendicite suppurée, il y a quatre ans.

Elle vient actuellement pour douleur dans l'hypocondre droit. Elle souffre habituellement de l'estomac et présente de l'entérite muco-membraneuse.

Mais elle se plaint aussi d'être très nerveuse, elle dort mal, elle est agitée, elle a des cauchemars.

D'ailleurs pendant l'examen, elle manifeste sa névro-

pathie par des mouvements d'impatience, des soubresauts brusques pendant la palpation. On trouve dans le flanc droit, une masse dure, allongée et lisse qui est le cœcum. Au toucher, un utérus en position normale, pas de rein déplacé. L'ensellure lombaire de la colonne vertébrale n'est pas très marquée. Mais étant donné l'insuffisance de la paroi qui fait saillie en avant quand la malade fait un effort ; on sent des battements épigastriques. Ces battements sont peu intenses, on les sent cependant bien en déprimant la paroi un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic, ils sont difficilement perceptibles ailleurs. Ils ne sont du reste pas perçus par la malade et sont invisibles à l'inspection.

b) Troubles des vaisseaux périphériques

On observe également, pendant le cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, des troubles localisés au niveau des vaisseaux périphériques. Le grand sympathique peut impressionner aussi bien les vaisseaux des membres que ceux du poumon. Le spasme, ainsi localisé aux artères de la jambe, aux vaisseaux des extrémités, aux capillaires du tissu conjonctif nous permet d'expliquer la claudication intermittente, la cyanose des extrémités et les œdèmes que nous nous proposons d'étudier dans ce chapitre sous le nom de troubles des vaisseaux périphériques.

1° La claudication intermittente

On peut observer, au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse des phénomènes de claudication intermittente semblables à ceux que l'on voit lorsqu'il existe une endartérite oblitérante progressive. Le spasme peut avoir, en diminuant l'arrivée de la quantité de sang nécessaire aux muscles, les mêmes conséquences que l'artério-sclérose. Il aboutit ainsi au même tableau clinique. On sait que lorsque le système artériel des membres est atteint d'athérome, les malades peuvent accuser un certain nombre de symptômes variant depuis les fourmil-

lements, les douleurs dans les mollets, les crampes, l'algidité avec pâleur (doigt mort) et pouvant aller jusqu'à la claudication intermittente. Dans les observations nous avons retrouvé, signalés très souvent, les fourmillements et le phénomène du doigt mort. Il semble que ce soient des accidents légers, passagers, assez fréquents au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse, n'attirant que peu l'attention du malade et demandant, par conséquent, à être recherchés.

La claudication intermittente constitue un phénomène beaucoup plus important. Au repos, le malade n'éprouve rien d'anormal ; la marche est même facile au début ; mais au bout de quelques instants, un des membres inférieurs devient le siège d'une sensation de faiblesse douloureuse. C'est tantôt un engourdissement, tantôt une brûlure, tantôt une impression de froid. Puis cette douleur, devenant de plus en plus insupportable, finit par obliger le malade à traîner la jambe jusqu'au moment où une crampe vient l'obliger à s'immobiliser.

Il est possible, et même probable, que le spasme n'agisse pas exclusivement et l'on peut supposer qu'il existait auparavant dans l'artère des lésions de sclérose. Mais il n'est pas moins intéressant de signaler que ces lésions dont nous admettons l'existence antérieure n'étaient pas suffisamment étendues pour aboutir à une oblitération qui n'est devenue complète que le jour où, sous l'influence de l'entéro-colite muco-membraneuse, un spasme est venu s'unir à elles pour interrompre complètement, et pendant quelque temps, le cours du sang.

C'est d'ailleurs un fait banal que l'on retrouve dans la pathologie générale, quand un spasme vient, par exemple, mettre en évidence un cancer de l'estomac ou un rétrécissement de l'urèthre restés latents jusqu'à ce jour.

OBSERVATION XVIII

(Inédite, communiquée par M. le D^r LÆPER)

M. D..., âgé de 42 ans, ayant présenté fréquemment des troubles nerveux et des douleurs rhumatoïdes légères, mais présentant cependant une bonne santé jusqu'en juillet 1903, époque à laquelle, à la suite de la mort d'une de ses filles, il fut pris de douleurs intestinales. Le syndrome de l'entéro-colite muco-membraneuse se constitua en deux ou trois mois. Constipation, douleurs, fausses membranes dans les selles.

Au moment où il fut examiné, il se plaignait de douleurs abdominales localisées dans la fosse iliaque droite. L'état général du malade n'est cependant pas mauvais : Le teint est un peu jaunâtre. Le malade présentait également un phénomène qui avait attiré l'attention de plusieurs médecins qui portèrent sur l'état de ses artères un pronostic assez grave. Ce phénomène consistait en une sensation passagère d'engourdissement siégeant de préférence au niveau de la jambe gauche et quelquefois au niveau de la jambe droite. Cette sensation se produisait en général au moment où il se levait pour se mettre en marche, puis disparaissait au bout de quelques minutes, non sans laisser à sa suite, une certaine hésitation de la jambe. Il semblait même qu'à ce moment, l'artère fémorale présentait une tension plus considérable qu'à l'état normal et qu'au contraire, les artères tibiales battaient avec une énergie moindre que celles du côté opposé.

L'examen du cœur et des vaisseaux périphériques ne démontrait aucune induration. Le malade n'avait jamais eu de syphilis.

Tout en faisant une réserve sur la nature de ces accidents, on lui prescrivit un traitement intestinal, consistant en applications de compresses fraîches sur l'abdomen, un régime alimentaire approprié, de la belladone et de la valériane.

Une quinzaine de jours après, les accidents de la jambe s'étaient améliorés en ce sens qu'ils se produisaient moins fréquemment, mais le malade signala quelques fourmillements dans le bras droit, un peu de refroidissement au niveau de la main droite aussi bien que de la main gauche, en un mot des phénomènes de spasme des extrémités venaient confirmer le diagnostic primitivement posé de fausse claudication intermittente par spasme vasculaire.

On conseilla une cure à Plombières.

Le mois de juin de l'année suivante, le malade se trouvant infiniment mieux portant, préféra passer son été à Evian. Il suivit un régime de douches, de massage et à l'heure actuelle (1906), à part un peu de constipation et quelques glaires, à part un peu d'onglée de temps en temps, et un léger tremblement très passager et très intermittent, se produisant dans le membre inférieur gauche, quand le malade s'est un peu fatigué, on peut considérer les différentes manifestations comme à peu près guéries.

2° *La cyanose des extrémités* est un phénomène qui diffère peu de celui que nous venons de signaler. Il ne s'agit plus de spasme intéressant la grosse artère d'un membre mais de vaso-constriction s'étendant aux capillaires, aux artérioles et aux veinules des extrémités. On observe des faits analogues à ceux que l'on trouve dans la maladie de Maurice Raynaud, avec cette différence, toutefois, que les accidents ne vont jamais jusqu'à la gangrène et que la cyanose s'accompagne rarement de phénomènes douloureux. Les observations signalent le phénomène du doigt mort, une sensation de froid constante à un seul membre, et parfois à un seul doigt, des extrémités souvent violacées, des troubles de la circulation au niveau des extrémités. Mais ces phénomènes ne revêtent pas le caractère symétrique qu'ils présentent dans l'asphyxie locale et ils sont beaucoup plus passagers et moins tenaces que dans cette maladie.

Il s'agit cependant de phénomènes qui, pour être plus légers n'en sont pas moins probablement de même nature. On sait que Maurice Raynaud attribue les accidents qu'il a décrits à un spasme un peu prolongé des capillaires, des artérioles et des veinules dont la constriction amène la syncope locale.

Ces accidents s'observent chez des gens dont les centres vaso-moteurs sont extrêmement irritables. Ceux-ci profitent de la moindre irritation périphérique, soit externe comme l'action de l'air froid, soit interne comme les périodes menstruelles, pour entrer en mouvement et venir troubler la circulation des artères des extrémités.

Les malades atteints d'entéro-colite présentent à cause même de la nature de leur maladie, cette prédisposition spéciale à l'irritabilité des centres vaso-moteurs et il est, par conséquent, tout naturel qu'ils fassent, mais à un degré beaucoup moins accentué, des troubles spasmodiques qui cèdent rapidement et n'aboutissent pas aux accidents graves de la gangrène. Quand les phénomènes s'étendent aux vaisseaux de la peau, il survient des paresthésies, des engourdissements, des troubles de la circulation, avec cryesthésie. Si ces troubles se répètent ou ne cessent pas rapidement, ils peuvent amener une cyanose des extrémités, et constituer d'une façon plus ou moins complète le syndrome de la maladie de Maurice Raynaud.

OBSERVATION XIX

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XV, résumée)

Froid aux pieds perpétuel. Une chaufferette constamment nécessaire.

OBSERVATION XX

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XVI résumée)

Mme J. K..., 73 ans. A remarqué dans ses matières des glaires et des peaux.

Cryesthésie, doigt mort.

OBSERVATION XXI

Thèse TRÉMOLIÈRES XVII résumée)

Mme Marie M..., 30 ans. Constate qu'elle a des glaires et des peaux dans ses matières.

Palpitations.

Sensation de doigt mort et même de bras mort.

Cryesthésie.

OBSERVATION XXII

(Thèse TRÉMOLIÈRES XVIII résumée)

Mlle L..., 15 ans.

Sensation de froid constante, au pied droit.

Douleurs, constipation et rejet de fausses membranes jusqu'à ce jour.

OBSERVATIONS XXIII

(Thèse TRÉMOLIÈRES XXI résumée)

Mme Aurélie D..., 65 ans.

Circulation défectueuse au niveau des genoux.

Doigt mort des deux côtés.

Cryesthésie constante.

Fausses défécations. Rejet de glaires teintées de sang.

OBSERVATION XXIV

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XXIII résumée)

Mme Anaïs C..., 31 ans.

Palpitations à la moindre émotion.

Toujours frileuse, même en été, a constamment les pieds glacés, a toujours, sur son lit un édredon, même en été.

Fréquente sensation de doigt mort.

Bourdonnements d'oreille fréquents. — Eblouissements.

Points scintillants.

Légère tachycardie.

Constata des glaires et quelques peaux dans ses selles, surtout après les paroxysmes de constipation.

OBSERVATION XXV

Thèse TRÉMOLIÈRES XXV résumée)

Mme T..., 32 ans.

Cryesthésie. — Pieds toujours violacés.

Rejet de glaires et de scybales ovillées.

OBSERVATION XXVI

(Thèse TRÉMOLIÈRES XXVI. résumée)

Mme F..., 20 ans.

Très émotive.

Sensation de doigt mort, très fréquente, chaque jour et chaque nuit, aux 3^e et 4^e doigt de chaque main, remontant parfois jusqu'au coude.

OBSERVATION XXVII

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XL résumée)

Mme S..., 34 ans.

Palpitations fréquentes.

Jambes glacées jusqu'aux genoux.

Constatacion de peaux en abondance dans les selles.

3° *Les œdèmes.* — Lorsqu'on étudie les observations d'entéro-colite muco-membraneuse, on est étonné d'y voir signalés des œdèmes.

Ces œdèmes sont le plus habituellement légers et fugaces mais dans certains cas, ils atteignent un volume assez appréciable. Dans ces cas, ils ne restent pas localisés au niveau des régions malléolaires ou tibiales, ils remontent le long du membre inférieur et peuvent occuper toute la jambe et toute la cuisse. Ces derniers cas sont cependant assez rares. Souvent cet œdème malléolaire survient à la fin des crises douloureuses d'entéro-colite et persiste quelque temps après leur disparition.

On pourrait être embarrassé pour interpréter ces faits étant donné que l'entéro-colite muco-membraneuse est plus fréquente chez les femmes et que la plupart d'entre elles sont variqueuses. Mais comme cet œdème survient plus particulièrement chez celles qui ont été assez malades pour être obligées de se tenir alitées, il semble bien qu'on puisse invoquer pour leur pathogénie autre chose que des varices.

Comment peut-on alors les expliquer ? Nous verrons que l'on peut se demander si le spasme ne vient pas, dans certains cas, agir sur la circulation rénale, y créer un obstacle et obliger ainsi les liquides à passer dans le tissu cellulaire. Mais, il nous semble qu'il est plus rationnel de supposer qu'il s'agit ici d'un phénomène en tous points comparables à ceux que nous avons déjà signalés à propos de la cyanose des extrémités et de la claudication intermittente. En dehors de l'absence de toute lésion ré-

nale et de toute albuminurie, on est amené à penser que l'obstacle, dont la présence nous est révélée par l'apparition des œdèmes, siège de préférence au niveau des capillaires du tissu cellulaire. C'est un phénomène angiospasmotique périphérique qui les atteint, y détermine de l'hypertension capillaire avec passage du sérum du sang dans les mailles lâches du réseau cellulaire.

Ces œdèmes ne sont pas uniquement localisés aux membres inférieurs. Ils ont été signalés également aux paupières et à la face. Tantôt ils ne font qu'une seule apparition et disparaissent définitivement, tantôt, au contraire, ils se répètent, évoluant parallèlement à l'entéro-colite et augmentant ou diminuant avec elle.

Ils sont indolores, pâles, quelquefois rosés comme dans l'urticaire œdémateuse. Ils peuvent d'autant mieux en imposer pour une néphrite que la sécrétion rénale est en même temps diminuée. Leur description ne différant pas sensiblement de celle des œdèmes ordinaires, nous croyons qu'il suffit d'en citer quelques exemples.

OBSERVATION XXVIII

(Inédite, communiquée par M. le Dr LÉPER)

M^{lle} T..., 12 ans, entéro-colite paraissant consécutive à une entérite infectieuse, phénomène remontant à 5 ou 6 mois. — Poussées d'érythème très fréquentes.

La malade présente de l'œdème, siégeant à la face, aux paupières, aux mains, et paraissant augmenter avec les poussées intestinales.

Pas d'albumine. Pas de scarlatine antérieure. La malade est mise à un traitement intestinal local. Compresses froides sur l'abdomen. Eau de Châtel-Guyon. Belladone. Cure à Châtel-Guyon, en 1907. La malade est très améliorée, au point de vue intestinal et ses œdèmes ont disparu en même temps que s'effaçaient les symptômes de son entéro colite.

OBSERVATION XXIX

(Ch. ESMONET. Société de l'Internat, 25 mai 1905)

M. X..., âgé de 30 ans, n'ayant jamais présenté antérieurement de troubles intestinaux mais ayant déjà souffert à plusieurs reprises de coliques néphrétiques, est pris un matin à 8 heures, d'une douleur brusque dans la région lombaire droite, avec irradiations dans le testicule du côté correspondant. La journée de la veille, consacrée à des soucis professionnels particulièrement pénibles et déprimants, n'avait été marquée par rien de particulier si ce n'est une céphalée intense le soir, en se couchant.

Le premier jour de la crise, la quantité totale des urines émises ne dépasse pas 60 grammes ; la moitié émise à 2 heures, était nettement hématurique. Le deuxième jour, après une accalmie des douleurs, la crise néphrétique reprend à 4 heures de l'après-midi, les battements de la région lombaire sont particulièrement pénibles.

Le malade pisse environ 300 grammes d'urine normale. Mais ce même jour, à partir de 2 heures de l'après-midi, il ressent une gêne et une douleur à l'angle colique gauche. En même temps la constipation s'installe, pas d'émission de gaz ; le ventre est plutôt légèrement retractoré, on sent le colon descendant et transverse spasmodés. Le malade a la sensation d'une barre au niveau de l'estomac et la pression sur le trajet du colon est douloureuse.

Le troisième jour, persistance de la constipation et réapparition des crises néphrétiques. Pas d'hématurie. Urines normales, mais émises en petite quantité. Douleur vésicale intense avec dysurie et douleur à la fin de la miction.

Le quatrième jour, nouvelle crise néphrétique. La douleur toujours localisée à droite est particulièrement intense et s'accompagne de douleur et de rétraction du testicule, de vomissements bilieux jaunâtres. La constipation persiste malgré l'ingestion de 30 grammes d'huile de ricin. On administre alors un lavement avec de l'eau bouillie ordinaire, le bock étant à 15 centimètres de hauteur ; l'injection de 1 litre 1/4 au total, pénètre très lentement en plus d'une heure. Au bout de ce temps, le liquide est rejeté sans matières fécales, mais en entraînant un paquet de muco-membranes, de la grosseur d'une petite orange à peu près.

Le cinquième jour, évacuation de matières molles et jaunes, résultant probablement de l'huile de ricin, prise la veille. Les douleurs rénales sont encore aiguës à plusieurs reprises, puis elles disparaissent brusquement et

sont remplacées par de vives douleurs vésicales. La quantité d'urine sécrétée est toujours faible, environ 500 à 600 grammes. La douleur transversale d'origine colique persans qu'apparaissent de fausses membranes, de mucus.

Le sixième jour, tout symptôme intestinal disparaît, les selles redeviennent régulières, quotidiennes, moulées sans qu'apparaissent de fausses membranes de mucus.

Enfin le septième jour, émission d'un calcul vésical, petit et mûriforme.

Dès le début de sa colique néphrétique, le malade avait ressenti une impression très marquée de sécheresse de la bouche et dès le début il avait remarqué l'aspect spécial qu'avait pris sa langue absolument sèche au toucher et à la vue. Cet aspect avait persisté jusqu'au cinquième jour et la langue redevint humide à dater de l'évacuation spontanée des selles alvines.

En même temps, une soif dévorante lui faisait absorber en sept jours, vingt bouteilles d'eau de Vichy. Il constatait, vers le troisième et le quatrième jour de la crise, la présence d'un œdème très marqué des membres inférieurs, particulièrement accusé à la région malléolaire. Cet œdème persista tenace pendant une semaine et quinze jours après le début de la colique néphrétique, alors que les évacuations de fèces et d'urine semblaient régulières, sans qu'il y ait jamais eu véritable crise polyurique, le doigt pouvait encore produire un godet malléolaire.

La fièvre ne survint à aucun moment et jamais on ne put constater la présence d'albumine dans les urines en dehors de la légère hématurie signalée.

Depuis le moment où cette observation fut rapportée, le malade a présenté une reprise de phénomènes néphrétiques et entéro-colitiques dans des conditions absolument similaires.

OBSERVATION XXX

(D^r MONSSEAUX, de Vittel, Société Internat, 25 mai 1905.)

M. Monsseaux a observé, il y a deux ans, une femme de 27 ans, souffrant depuis longtemps d'entéro-colite muco-membraneuse et depuis cinq ou six ans de coliques néphrétiques. Il y a quatre ans, à la suite d'une grossesse nerveuse, elle fut atteinte d'un œdème énorme des membres inférieurs, envahissant successivement le ventre, la poitrine, les bras et la figure et produisant une augmentation du poids du corps de 20 à 30 kilos ; cet œdème disparut progressivement sous l'influence du régime lacté, mais reparut depuis à diverses reprises, moins considérable cependant, mais sans aucune coïncidence avec les coliques néphrétiques. A aucun moment, il n'y eut d'albuminurie.

OBSERVATION XXXI

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XIV, résumée.)

M^{me} J. de B..., 35 ans.

Œdème pré tibial. Etourdissements. Palpitations.

Entérite muco-membraneuse.

OBSERVATION XXXII

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XVI, résumée.)

Marthe M..., 37 ans.

Constipation opiniâtre. Glaires épaisses.

Œdème pré tibial.

OBSERVATION XXXIII

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XIX, résumée.)

M^{me} Henriette S..., 34 ans.

Entéro-colite. Œdème pré tibial. Palpitations fréquentes.

OBSERVATION XXXIV

(Thèse TRÉMOLIÈRES, XXI, résumée.)

M. Charles P..., 69 ans.

Entéro-colite glaireuse.

Léger œdème pré tibial.

c) **Troubles des vaisseaux des organes**

1° *Troubles auriculaires.* — Les gens qui souffrent d'entéro-colite muco-membraneuse se plaignent fréquemment de bourdonnements dans les oreilles avec une sensation vertigineuse comparable dans certains cas au vertige de Ménière.

On peut supposer que ces phénomènes sont dûs à l'hypertension des artères de la caisse. Le spasme amène une augmentation de la tension artérielle dans les artères labyrinthiques, avec exsudation dans les canaux semi-circulaires.

Or, on sait que ces derniers constituent l'appareil d'équilibration et l'on peut expliquer de cette manière les vertiges, les éblouissements et quelquefois même la chute qui peuvent en être la conséquence.

Il se passe, en définitive, au niveau des canaux circulaires, un phénomène analogue à celui qui se produit au niveau de tous les tissus lorsqu'il se fait une exsudation au voisinage d'un capillaire en hypertension.

2° *Troubles oculaires.* — On a signalé au cours de l'entéro-colite muco-membraneuse une amaurose passagère. Les cas en sont assez rares : ils ont cependant été

observés. Il s'agit habituellement d'une amaurose unilatérale qui cède en quelques heures, pour reparaitre à plusieurs reprises différentes.

Ces amauroses transitoires et reflexes ne se rencontrent d'ailleurs pas exclusivement dans l'entéro-colite muco-membraneuse. Dans les Archives générales de médecine de 1874, Maurice Raynaud dit « que l'on peut observer parfois une constriction de l'artère centrale de la rétine, chez des malades atteints de gangrène symétrique des extrémités ».

Les gens qui portent un tœnia ont parfois des troubles réflexes, du côté des yeux, qui cèdent lorsque le parasite a été expulsé. Batard, dans sa thèse, a recueilli des cas de blépharospasme, de paralysie des muscles oculaires, de contracture, de nystagmus, de mydriase, de myosis, d'amblyopie, et enfin d'amaurose, Favelli, dans la revue d'Ophtalmologie (1889), signale, chez un malade atteint d'helminthiase, une abolition complète de la vision d'un œil pendant quelque temps. L'examen montra l'anémie de la papille et la présence de proglodytes de tœnia solium, fit penser à l'helminthiase intestinale, 5 grammes d'extrait éthéré de fougère mâle et un purgatif firent disparaître tous les phénomènes, mais, deux mois après, les mêmes accidents se reproduisirent. On retrouva, dans les selles, des œufs de tœnia, le malade reprit un anthelminthique qui lui permit d'expulser la tête du parasite et, dès ce jour, les accidents oculaires disparurent définitivement.

Cette observation prouve que l'amaurose peut être

observée comme phénomène nerveux, à distance, dans une affection intestinale.

L'entéro-colite peut donc s'accompagner d'amaurose réflexe pareille à celle qu'on rencontre dans l'hystérie ou dans l'helminthiase. Elle est due à un spasme de l'artère de la rétine, spasme consécutif à un réflexe parti de l'intestin.

OBSERVATION XXXV

(Recueillie dans la Thèse de Vouzelles. Paris, 1899.)

...L'amaurose n'avait point été signalée jusqu'ici. Lanyenhagen a bien voulu nous fournir une observation.

Il s'agissait d'un médecin, M. L..., habitant rue du Bac, atteint de colite muco-membraneuse intense depuis près de quinze ans. Dès longtemps il était sujet à des phénomènes réflexes de tout ordre, palpitations, vertiges, bourdonnements, quand un jour, à l'occasion d'une crise paroxystique, il fut pris brusquement d'amaurose de l'œil gauche. Cette amaurose persista quelques heures seulement, mais reparut les jours suivants à quatre reprises différentes, si bien que le malade put faire examiner son fond d'œil par de Wecker au moment même d'une crise. L'examen fut négatif en tout point. On ne trouve aucune modification même circulatoire.

d) **Troubles des vaisseaux des organes**

Le bulbe est un organe d'équilibration et quand un spasme vient réduire l'apport du sang qui l'irrigue, il est naturel que l'on trouve des phénomènes bulbaires tels que perte de l'équilibre, défaillance, tendance aux syncopes et lipothymies.

Le visage des malades blanchit, les lèvres se décolorent, les extrémités se refroidissent, une sueur abondante se répand sur les téguments, cependant le malade conserve néanmoins un certain degré de connaissance.

A ce moment, il éprouve des sifflements, des bourdonnements dans les oreilles, la vue même s'obscurcit mais, dans aucun cas, nous n'avons pu relever l'existence d'une syncope véritable, avec perte absolue et totale de la connaissance. Il est possible qu'un spasme des artères bulbaires ou qu'une excitation exagérée du pneumogastrique soit responsable de ces accidents. C'est également par un spasme bulbaire qu'on peut expliquer les cas de bradycardie. Le pouls lent accompagne d'ailleurs les syncopes et ce sont, habituellement, ces dernières qui attirent l'attention sur lui.

2° *Le rein*. — On sait que l'excitation du sympathique, abdominal a pour résultat d'entraîner au niveau du rein une vaso-constriction extrêmement énergique.

Il en est ainsi, par exemple, au cours des crises de coliques néphrétiques. Les douleurs de l'entéro-colite muco-membraneuse peuvent aboutir au même résultat. Physiologiquement du moins, tout nous permet de le croire : un ralentissement passager de la circulation rénale pouvant très bien expliquer l'insuffisance rénale qui a été observée.

Mais ce sont des phénomènes passagers qui cèdent en même temps que le spasme qui leur a donné naissance. A l'oligurie passagère succède bientôt les débâcles urinaires en même temps que les accidents rénaux disparaissent.

3° *Le Foie.* — Les troubles hépatiques, qui se rencontrent au cours de la colite, sont variés. Le foie peut être déplacé, il peut se congestionner et déborder le rebord costal. Bien souvent on le trouve, au contraire, rétracté. Enfin il présente des troubles fonctionnels dont le principal est l'hyposecrétion de la glande.

Van Swieten avait déjà pensé qu'il fallait chercher la cause de la colite dans cette hyposecrétion et, pour lui, la diminution de l'apport de la bile dans le tube digestif, entraînait une paresse intestinale qui expliquait l'apparition de la constipation et les troubles consécutifs.

Baraduc signale cette hypocholie et la met sur le compte de la diathèse arthritique.

Enfin de Langenhagen a signalé, dans ces termes, le défaut de la sécrétion biliaire.

« Parmi les faits rares, d'entéro-colite, doit prendre place une complication sur laquelle je demande à m'étendre un peu, parce qu'elle a été très peu remarquée et étudiée par les auteurs ; seuls G. Sée et Malibran, la signalent.

Chez quatre malades, j'ai observé, d'une façon très nette, la décoloration des fèces, survenant par périodes intermittentes, au cours de l'entérite muco-membraneuse et durant un temps variable depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines. Comme ce trouble fonctionnel — décoloration des matières — n'était accompagné d'aucun ictère, ni subictère, ni de congestion hépatique au contraire, trois de ces malades avaient plutôt le foie petit), ni d'aucun signe indiquant une affection hépatique, force est bien d'admettre que, chez ces malades, pour une raison quelconque, la fonction cholagogue du foie était ralentie, que la bile, à certains moments, n'était plus secrétée ou était secrétée en moindre quantité et n'imprégnait plus les matières fécales ; il y avait acholie ou tout au moins oligocholie.

Mais pourquoi ce trouble fonctionnel du foie ? Je crois en avoir trouvé la clé par l'observation attentive de l'une de mes malades. Indépendamment de ces périodes d'acholie, cette dame présentait des troubles variés indiquant une altération profonde du système nerveux ; ses cheveux, bien qu'elle n'eût que 35 ans, étaient complètement blancs, et cela depuis dix ans déjà ; sa peau était sèche, écailleuse, offrant par moments, de larges plaques jaunes de lentigo. Elle avait de la dilatation d'estomac avec hypochlorhydrie constatée par l'examen

chimique. Donc insuffisance de sécrétion de suc gastrique comme de la bile. Depuis plus de vingt ans, avant même l'apparition des désordres gastro-intestinaux, elle avait remarqué chez elle une salivation presque continuelle. Enfin des poussées de gingivite, de lithiase intestinale et urinaire, une métrite ancienne, une neurasthénie intense et une émotivité extraordinaire complétaient le tableau. Il y avait donc chez cette femme une sorte de perversion générale du système nerveux portant à la fois sur les nerfs moteurs, sensitifs, trophiques, sécrétoires surtout et dont le trouble fonctionnel du foie n'était probablement qu'une des nombreuses manifestations.

Autant que j'ai pu en juger chez trois autres malades la même cause doit être invoquée, quoique chez eux le tableau fut moins net et moins probant. »

Il nous paraît que la même cause que nous avons invoquée pour expliquer les troubles de la circulation rénale peut être mise également en avant pour expliquer le défaut de la sécrétion biliaire. Si un spasme existe qui, en rétrécissant la lumière des canaux artériels, vienne diminuer l'apport des matériaux propres à la fabrication de la bile, on pourra comprendre cette torpidité du foie signalée par les auteurs. Peut-être pourrait-on supposer que le spasme puisse agir sur les canaux biliaires et non sur les artères. Mais dans les cas qui ont été vus, il y avait, non pas rétention biliaire, mais hypo-sécrétion de la bile. Aucun des signes de rétention n'existait, les malades n'avaient ni ictère ni subictère et les phénomènes angio-spasmodiques que nous avons signalés au niveau du rein, du poumon, des vaisseaux périphériques peu-

vent, en agissant dans le même sens, être la cause de ces troubles d'hypo-sécrétion.

4° *Le corps thyroïde.* — Nous pouvons faire la même supposition en considérant les cas d'hyposécrétion et d'atrophie du corps thyroïde qui ont été signalés et mis en avant par le D^r Trémoières.

Cet auteur suppose que l'hypothyroïdie est le phénomène primitif qui entraîne la déchéance des tissus, créant ainsi un terrain favorable dont profitera l'entéro-colite muco-membraneuse pour faire son apparition. Mais ne pourrait-on pas supposer au contraire, que l'entéro-colite est le phénomène primitif entraînant par angio-spasme une moindre circulation au niveau de la glande thyroïde, avec diminution de sécrétion, rhinite et myxœdème qui en sont la conséquence.

Il est évident qu'aucune observation ni expérimentation ne nous permet d'être trop affirmatif mais il se passe au niveau du corps thyroïde un fait trop analogue à celui que nous avons signalé au niveau du rein et du foie pour que nous ne puissions nous empêcher de penser qu'il s'agit ici d'un phénomène de même ordre.

5° *Le mésentère.* — Le spasme des vaisseaux de la paroi intestinale joue-t-il un rôle dans la genèse des crises douloureuses de l'entéro-colite muco-membraneuse ?

On sait d'après les recherches de Pal, suivies de celles de Vaquez et de celles d'Esmonet (Entérite et douleur,

Gazette des Hôpitaux), qu'il existe au cours de certains états intestinaux des crises vasculaires dues à l'hypertension artérielle.

Dans l'entéro-colite, le spasme des artères de la paroi intestinale, détermine de la vaso-constriction avec hypertension consécutive. Le sang ne pouvant librement circuler, reflue dans les vaisseaux mésentériques qui se dilatent et excitent les nerfs des plexus mésentériques. Ce sont ces derniers qui déterminent les crises douloureuses ressenties. Il s'agit ici d'un phénomène analogue à ceux que Pal décrit au cours de la colique de plomb, de l'artério-sclérose et du tabès.

En résumé, nous voyons que l'entéro-colite muco-membraneuse peut, sous l'influence d'un spasme prendre des aspects très différents et très variés. Suivant les vaisseaux atteints, les tableaux cliniques changeront et feront croire à des accidents cardiaques, à des accidents pulmonaires, à de l'artério-sclérose généralisée, à de l'amaurose, à de la néphrite chronique, à une maladie de Maurice Raynaud, à une affection du foie, du rein ou du corps thyroïde alors qu'en définitive, il aurait suffi de rechercher les signes pathognomoniques de l'entéro-colite pour la retrouver sous les aspects très différents et très variés que ces différents troubles lui avaient imprimés.

IV

PHYSIOLOGIE

Tous les accidents cardio-vasculaires que nous avons signalés sont évidemment des phénomènes nerveux, aucune lésion ne les accompagne. Ils paraissent et disparaissent avec la même facilité.

La première question qu'on puisse se poser est celle-ci : Sont-ils d'origine toxique, infectieuse ou sont-ils purement réflexes ?

Pour accepter la possibilité d'une origine toxique ou infectieuse, il faudrait que la nature toxique ou infectieuse de l'entéro-colite fut elle-même reconnue. M. Combe, avec un certain nombre de pédiatres, s'est fait le champion de la théorie infectieuse.

Pour cet auteur, la véritable cause déterminante de l'entéro-colite est l'infection et il veut en donner des preuves en citant certains cas de contagion et d'épidémié. Il voit également dans les complications, dans les signes physiques fournis par la palpation de l'abdomen des preuves de la nature infectieuse de l'entéro-colite. Mais ces preuves n'ont pas réussi à convaincre la majorité des auteurs ni en particulier M. Esmonet

qui, dans un article de la *Tribune Médicale*, s'est attaché à réfuter la théorie de l'infection. Il se peut, évidemment, qu'au début de l'Entéro-colite, il y ait parfois une infection mais c'est un fait qui n'est pas suffisamment constant pour qu'on puisse baser sur lui une théorie exclusivement toxique ou infectieuse.

De plus, si les phénomènes cardio-vasculaires signalés, étaient d'origine infectieuse, ils devraient se manifester avec d'autant plus d'intensité que l'Entéro-colite serait elle-même plus intense. Or, il n'en est rien, et certains de nos malades ont eu des troubles vasculaires avec des crises intestinales assez légères.

Nous pensons, par conséquent, que ces accidents sont d'ordre purement réflexe. Dans les antécédents des malades qui ont présenté des phénomènes angiospasmодiques, on retrouve fréquemment tous les symptômes constituant les stigmates de l'arthritisme, la tendance aux congestions, les coryzas, les trachéobronchites, les névralgies, les céphalées. Le nervosisme est, en général, très marqué, aussi bien chez les ascendants que chez le malade lui-même.

Comme le dit Froussard, on retrouve « les bizarreries du caractère, les dépressions morales et psychiques, les anomalies de l'émotivité, les symptômes neurasthéniques, les phobies, on peut même rencontrer les névroses vraies, l'épilepsie et l'hystérie. »

Le spasme qui donne naissance au symptôme appelé « la corde colique » est un phénomène qui prouve bien le caractère spasmodique de l'entéro-colite muco-membraneuse. La plupart des symptômes de l'entéro-colite, fait

remarquer Lyon, trahissent une origine nerveuse » le spasme et l'atonie de fréquence inégale sont des déviations de la motricité normale ; les névralgies associées au spasme ou indépendantes de lui, qui existent surtout chez les nerveux, traduisent l'excitation des nerfs sensitifs, enfin, l'entéroptose qui, pour Lyon, serait secondaire à la colite, est le trouble trophique par excellence.

Tous ces exemples concordent et sont de nature à faire admettre que les accidents cardio-vasculaires sont d'origine purement réflexe. Mais un deuxième problème se pose. Ces accidents sont-ils primitifs et évoluent-ils parallèlement à l'affection intestinale, ou bien sont-ils simplement secondaires à l'entéro-colite muco-membraneuse ? Le problème est difficile à résoudre et on peut tâcher d'arriver à sa solution en examinant les exemples pris dans la pathologie générale.

Nous voyons alors que bien des troubles cardio-vasculaires sont secondaires à des affections abdominales et même à des affections intestinales. Ne sait-on pas que le foie, les voies biliaires, l'estomac, l'utérus peuvent amener par réflexe des troubles de l'appareil circulatoire ? On a signalé souvent des cas dans lesquels des gens, après des repas et même après l'ingestion d'une simple cuillerée de potage, faisaient des accidents qui surprenaient par leur intensité, mais rassuraient par leur disparition rapide. C'est ainsi que M. Barié a signalé des troubles qui allaient de la simple gêne respiratoire à la suffocation avec cyanose accompagnée de menaces d'asphyxie. Les palpitations d'origine gastrique sont bien connues. Tous ces accidents sont évidemment sous la dépendance du

système nerveux. « C'est une question de prédisposition individuelle et celle-ci se trouve surtout dans l'impresionnabilité toute spéciale du système nerveux. Aussi les femmes sont-elles plus exposées que les hommes à cette sorte d'accident et les causes prédisposantes sont l'hystérie, l'état névropathique » (Barié).

La colique hépatique s'accompagne souvent de palpitations, d'intermittences, de tendance aux syncopes.

Il existe dans le cancer du pancréas, des douleurs que Lucron dans sa thèse inaugurale, a appelée les accès cardialgiques. Apparaissant au début de la crise abdominale, dit-il, ils enlèvent toute idée de lutte au malade. Surpris par ces nouvelles douleurs, le visage pâle, plein d'anxiété, immobile, les bras inertes le long du corps, le patient est terrifié par la sensation d'une mort imminente ce serait le tableau de l'angine de poitrine, n'était la coïncidence presque constante de vomissements alimentaires et le plus souvent bilieux.

Tous ces exemples prouvent que les lésions abdominales peuvent se compliquer de troubles vasculaires à distance.

Ces réflexes sont décrits par les auteurs dans l'helminthiase. Dans la thèse de Lasnes-Desvareilles, l'auteur signale des cas nombreux dans lesquels des troubles nerveux donnèrent naissance à de la diplopie, du blépharospasme, de l'amaurose, des paralysies, des lipothymies, de l'arythmie, de la tachycardie, autant d'accidents que l'expulsion du parasite faisait disparaître.

Nous voyons que l'entéro-colite peut s'accompagner de phénomènes identiques. D'ailleurs une autre hypothèse plaide en faveur de notre théorie. C'est la superficialité des lésions de l'entéro-colite. Il existe simplement du mucus au niveau de l'intestin grêle et du gros intestin. Dans quelques cas, on trouve une légère prolifération de cellules épithéliales avec un peu d'infiltration embryonnaire. La muqueuse est légèrement mamelonnée, enflammée aussi légèrement que possible. On peut dire qu'il y a plutôt irritation qu'inflammation de l'intestin.

M. Barié étudiant la pathogénie des accidents cardio-pulmonaires au cours des affections de l'estomac et du foie, avait signalé également la superficiabilité des lésions.

« Que l'origine des accidents cardio-pulmonaires soit gastrique ou hépatique, un fait intéressant se dégage de l'étude des causes : ce ne sont point en effet les maladies graves de l'estomac ou du foie qui retentissent ainsi sur le cœur et les poumons. Ce ne sont que des affections très légères. Catarrhe de la muqueuse gastrique ou des voies hépatiques, calculs, etc. Dans le cours des inflammations chroniques diffuses, dans la dégénérescence, dans les carcinomes qui désorganisent si rapidement les tissus, ces accidents ne se rencontrent pas. Il existe entre la cause et l'effet un grand contraste qui étonnerait beaucoup si l'on ne retrouvait dans la pathologie toute entière des exemples similaires. Plus une lésion est superficielle, moins elle altère la constitution et la structure de l'organe qu'elle affecte, plus elle a de chances de produire des manifestations réflexes intenses et caracté-

ristiques. N'est-il point vrai qu'un tœnia qui se fixe à la muqueuse intestinale sans y produire de lésions appréciables, sans même s'il s'agit des espèces ingermes y enfoncer comme le solium, des crochets microscopiques, peut déterminer cependant de violentes convulsions, tandis que les plus graves affections organiques qui l'atteignent, ne produisent presque jamais rien de semblable. »

La superficialité des lésions de l'entéro-colite plaide d'autant plus en faveur de l'origine réflexe des accidents cardio-vasculaires qu'il existe une prédisposition anatomique, richesse d'innervation d'une part, grande étendue intestinale, d'autre part, qui favorise singulièrement la répercussion des lésions intestinales sur l'appareil vasculaire.

Il nous reste maintenant à nous demander quelle est la voie que suit le réflexe ?

On peut supposer que l'excitation nerveuse partie de la muqueuse intestinale peut gagner les ganglions de la chaîne sympathique et revenir immédiatement sur les vaisseaux des organes de la cavité abdominale après un court circuit. On peut également admettre que l'excitation peut gagner la moëlle, remonter jusqu'au bulbe et revenir, par les filets sympathiques, au niveau des vaisseaux périphériques, ou au niveau des vaisseaux du poumon et du cœur, après avoir fait un long circuit.

Au Congrès de Montpellier, de 1877, M. Teissier fils, avait fait une communication au sujet des affections du cœur secondaires aux maladies gastro-hépathiques, et aux maladies intestinales. Il signala l'éclat inaccoutumé

du 2^e bruit du cœur, le souffle d'insuffisance tricuspiddienne avec dilatation du cœur, puis, pour expliquer la pathogénie de ces phénomènes, il soutint que la voie centripète était le système du grand sympathique. Potain, au contraire, dans des communications antérieures, supposait que le réflexe passait par le nerf pneumogastrique. Il est évidemment difficile de savoir quelle est la voie centripète suivie, si l'on se rappelle combien sont voisines les origines centrales de ces deux systèmes nerveux et combien sont confondus leurs filets nerveux terminaux dans les riches plexus de l'abdomen. Cependant si l'on sectionne, au niveau du cou, les deux vagues d'un chien, on voit que l'excitation partie soit du foie soit de l'estomac, vient déterminer des phénomènes cardio-pulmonaires comparables à ceux que nous montre la clinique. Cette expérience prouverait que la transmission nerveuse se fait par le grand sympathique abdominal.

Potain et Teissier, dont l'opinion différait au sujet de la voie centripète du réflexe, étaient d'accord pour dire que la voie centrifuge était représentée par le nerf pneumogastrique.

François Franck s'éleva contre cette théorie. Il entreprit, après les premières communications du D^r Potain, des expériences pour étudier la question et principalement pour savoir quelle était la voie centrifuge suivie par le réflexe pour atteindre les capillaires pulmonaires et déterminer leur spasme. Contrairement à l'avis donné par Schiff, en 1847, il ne croyait pas que les vaisseaux pulmonaires recevaient leur innervation du pneumogas-

trique. De même que Brown-Séquard l'avait démontré, de même que Vulpian l'avait enseigné dans ses leçons sur l'appareil moteur (1875), François Franck concluait de ses expériences que le réflexe, parti des organes abdominaux, passait par la moëlle et revenait par les filets nerveux que le grand sympathique fournit au ganglion thoracique supérieur.

Pour nous résumer, nous dirons donc que le grand sympathique est l'unique voie suivie par le réflexe à point de départ intestinal. Il peut se réfléchir directement au niveau des ganglions échelonnés le long de la chaîne sympathique et impressionner immédiatement les vaisseaux des organes contenus dans la cavité abdominale. Il peut également remonter jusqu'au bulbe et frapper secondairement les vaisseaux du poumon, du cœur et des membres supérieurs et inférieurs.

TRAITEMENT

La thérapeutique que l'on peut opposer aux phénomènes cardio-vasculaires s'adressera d'abord à la cause première, c'est-à-dire à l'entéro-colite elle-même.

Or, le traitement de l'entéro-colite relève avant tout d'une diététique appropriée et du traitement physiothérapique. En ce qui concerne la diététique, le rappel des travaux multiples faits à ce sujet dépasserait les bornes de notre travail. On sait avec quel succès dans ces dernières années ont été instituées les règles des divers régimes tels le régime lacto-farineux, la réglementation des liquides, etc.

Quant à la physiothérapie, on s'adressera au massage, aux simples frictions; à certains traitements électriques, tels ceux préconisés par Zimmern, Douner, Delherm, à la sysmothérapie et aux cures hydrominérales, par exemple Plombières, Châtel-Guyon, Brides, Kissingen, Mariénbad.

Quant aux troubles cardio-vasculaires eux-mêmes, on se rappellera que leur origine relevant de troubles diges-

tifs, interdit l'abus de médicaments, proprement dits. Cependant on prescrira utilement les antispasmodiques d'usage tels que la belladone, la jusquiame, la valériane. On proscrira ceux d'entre eux qui, comme le bromure de potassium ont une action nocive sur l'intestin.

On pourra lutter contre le spasme en ordonnant également les vaso-dilatateurs, le nitrite d'amyle, les bains chauds qui amènent la disparition des spasmes locaux.

CONCLUSIONS

1° On sait que cet état particulier, désigné, faute de mieux, sous le nom de *neuro-arthritisme* joue dans l'entéro-colite muco-membraneuse un rôle prépondérant. C'est sur ce terrain neuro-arthritique que les causes déterminantes les plus diverses font apparaître le syndrome, toujours identique, de l'Entéro-colite muco-membraneuse. Si les signes primordiaux de cette affection (rejet de fausses membranes, constipation, douleurs), varient fort peu dans les différentes formes considérées, il est un certain nombre de signes accessoires qui, par leur prédominance ou leur intensité donnent à l'Entéro-colite muco-membraneuse une allure particulière. Parmi ces symptômes, les phénomènes cardio-vasculaires méritent une étude particulière en raison de leur fréquence et de leur diversité.

C'est à leur étude que nous avons consacré notre thèse.

Qu'ils se localisent au niveau du cœur, et l'on verra des palpitations, de la tachycardie, de la bradycardie qui pourront faire prendre le malade pour un cardiaque.

Qu'ils se localisent au niveau des vaisseaux périphériques, et le malade présentera des battements du cou, des battements de l'aorte abdominale, de la claudication intermittente, de la cyanose des extrémités, des œdèmes, et l'on croira le sujet atteint d'une insuffisance aortique,

d'un anévrisme de l'aorte, de néphrite chronique, d'artério-sclérose plus ou moins généralisée.

Qu'ils se localisent au niveau du cerveau et du bulbe et l'on verra apparaître des étourdissements, des vertiges, de la lipothymie, des syncopes.

Qu'ils se localisent au niveau des organes des sens ou des viscères et l'on verra apparaître des troubles de la vue, de l'audition, et même des troubles de sécrétion du foie, des reins, du corps thyroïde.

2° Nous croyons que cette forme spéciale d'Entérocolite muco-membraneuse dans laquelle les phénomènes principaux portent sur l'élément vasculaire, mérite le nom de forme *angio-spasmodique* de l'entéro-colite muco-membraneuse.

3° Ces phénomènes sont-ils d'origine infectieuse, toxique ou simplement d'ordre réflexe ?

Nous admettons qu'il s'agit le plus souvent de phénomènes réflexes en raison tout au moins de la forme névropathique de la maladie et de la rareté des phénomènes infectieux et toxiques à son origine. Quant à la succession de ces phénomènes, par rapport aux troubles intestinaux, il est difficile de dire s'ils sont primitifs ou secondaires. Un grand nombre d'exemples, tirés de la pathologie abdominale nous permettent de croire que dans bien des cas, la lésion intestinale est à l'origine de la plupart des phénomènes cardio vasculaires observés.

4° La voie suivie par le réflexe est la voie du grand sympathique ;

5° Le diagnostic se fera facilement lorsque l'on aura retrouvé les signes cardinaux de l'affection.

6° Le traitement consistera tout d'abord à s'adresser à l'entéro-colite et ensuite à calmer les phénomènes cardiovasculaires au moyen des antispasmodiques que l'arsenal thérapeutique met à notre disposition, et qui ne peuvent avoir sur l'intestin aucune action nocive.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PIERRE MARIE.

Vu : LE DOYEN,
L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

SOMMAIRE

I. — Considérations générales

II. — Troubles cardiaques

- a) *Troubles du rythme* : (Tachycardies, bradycardies, intermittences), arythmies.
- b) *Troubles subjectifs* : Palpitations, fausse angine de poitrine.
- c) *Asystolie pulmonaire* : Dilatation cardiaque. Insuffisance tricuspidiennne.

III. — Troubles circulatoires

- a) *Battements des artères* : Le cou, l'abdomen.
- b) *Troubles des vaisseaux périphériques*. — Claudication intermittente ; Cyanose des extrémités ; Odéines.
- c) *Troubles des vaisseaux des organes des sens*.
- b) *Troubles des vaisseaux des organes* : 1° Le Bulbe ; 2° Le Rein ; 3° Le Foie ; Le Corps Thyroïde ; 5° Le Mesentère.

IV. — Physiologie

V. — Traitement

VI. — Conclusions

